

## Мы заботимся о вашей приватности

В процессе лечения мы накапливаем информацию о вас. Частично это входит в историю болезни и в счета для оплаты. Для защиты вашей приватности наша организация соблюдает определенные правила обращения с медицинской информацией. Обзор этих правил и ваших прав, касающихся медицинской информации, приводится на этой странице. Прилагаемое Уведомление об обеспечении приватности («Уведомление») содержит более подробные сведения об этих правилах.

### КАК МЫ ИСПОЛЬЗУЕМ И РАЗГЛАШАЕМ ВАШУ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ

Мы используем вашу медицинскую информацию для вашего лечения, для обеспечения оплаты за услуги, для целей нашего бизнеса и услуг, для информирования вас о полезных услугах и для соблюдения требований правительства. Мы можем предоставлять доступ к этой информации тем, кто занимается вашим лечением и уходом. Мы можем также предоставлять ограниченную информацию для сбора средств и для научных исследований, которые помогут улучшить лечение и уход. Мы также можем разглашать информацию правоохранительным органам и определенным правительственным учреждениям, если существует угроза здоровью или безопасности населения.

В прилагаемом Уведомлении приведен полный список того, как мы используем и разглашаем медицинскую информацию.

### ВАШИ ПРАВА, КАСАЮЩИЕСЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Мы полностью поддерживаем ваше право распоряжаться своей медицинской информацией. Обзор этих прав приводится ниже, а в прилагаемом Уведомлении эти права разъясняются более подробно.

- 1) Как правило, сделав запрос, вы можете ознакомиться со своей медицинской информацией.
- 2) Вы можете ограничить круг тех, кто может иметь доступ к вашей медицинской информации.
- 3) Вы можете потребовать внести исправления в свою медицинскую информацию.
- 4) Вы можете потребовать список некоторых случаев разглашения нами вашей медицинской информации.
- 5) Мы должны получить от вас письменное разрешение на предоставление доступа к медицинской информации для целей, которые не приведены в рамочке на левой стороне страницы. Вы можете отозвать свое разрешение в любое время.
- 6) Вы можете задавать вопросы о том, как мы обеспечиваем приватность. Если вы не согласны с нашим решением о ваших правах, вы можете обратиться к нам или к федеральному правительству, как предусмотрено в прилагаемом документе.

Вы можете написать или позвонить нам в любое время, если у вас есть вопросы о ваших правах на приватность. Просим писать нам по адресу, приведенному на странице 4 этого документа. Выполнение некоторых запросов может потребовать от вас оплаты. Мы сообщим вам заранее, за какие запросы мы выставим счет, и примерную сумму для оплаты.

*Большое спасибо за то, что вы решили лечиться у нас, и мы приложим все усилия для защиты вашей медицинской информации.*

## Уведомление об обеспечении приватности

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАК МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И РАЗГЛАШЕНА ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ, И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПРОСИМ ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧЕСТЬ ЭТОТ ДОКУМЕНТ.

### Наши обязательства в отношении медицинской информации

- Мы обязаны защищать приватность вашей медицинской информации и предоставить вам это Уведомление.
- Мы обязаны соблюдать положения нашего действующего в настоящее время Уведомления об обеспечении приватности.

«Медицинская информация» означает информацию о вашем прошлом или настоящем состоянии здоровья, заболевании, диагнозе, лечении, прогнозе или об оплате за лечение и уход. (Имеются некоторые исключения)

### Кто будет выполнять эти обязательства

В этом уведомлении описаны правила, которым подчиняется Allina Health, в том числе:

- все отделения и подразделения медицинских учреждений Allina Health;
- все резиденты, студенты, получающие медицинское образование, и все остальные, получающие практическую подготовку, связанные с Allina Health;
- все волонтеры, которые могут помогать вам, когда вы лечитесь в Allina Health;
- все служащие, сотрудники и другой персонал Allina Health.

### Ваши права в отношении медицинской информации.

**Ограничения на использование или разглашение.** В этом Уведомлении описаны некоторые ограничения на то, как мы можем использовать или разглашать вашу медицинскую информацию. Вы можете попросить нас установить дополнительные ограничения на то, как мы используем или кому мы разглашаем эту информацию. Вы должны сделать такой запрос в письменном виде. Если вы потребуете, чтобы информации о лечении и уходе не предоставлялась страховой компании и полностью оплатите лечение и уход, то мы согласимся на это ограничение. От нас не требуется, чтобы мы согласились на другие запрашиваемые ограничения. Если мы согласимся, то мы будем соблюдать эти ограничения, за исключением следующих ситуаций:

- неотложная ситуация, когда информация требуется

для вашего лечения;

- если вы дали нам письменное разрешение использовать или разглашать вашу информацию;
- если вы решите или мы решим снять эти ограничения; или
- если этого требует закон.

Если вы запретите нам предоставить информацию страховой компании, то вам придется объяснить, как вы будете оплачивать лечение и уход, и вы будете нести ответственность за обеспечение оплаты счетов.

**Другие возможности контактов.** Как правило, мы будем связываться с вами, используя адрес и телефон, который вы нам предоставили. Вы можете попросить нас связываться с вами, используя другой способ или другой адрес. Мы согласимся на вашу просьбу в разумных пределах.

**Доступ больного к информации.** Вы можете потребовать ознакомиться с вашей медицинской информацией или получить ее копию. Если вы запросите копию своей электронной истории болезни или копии другой медицинской информации, хранящейся в электронной форме, мы предоставим вам копии в электронной форме. Вы должны сделать такой запрос в письменном виде. Если вы запросите копии, то мы можем выставить счет за фотокопирование, за изготовление копий рентгенограмм или других изображений и за почтовые расходы, если копии будут отправлены по почте. Если вы запросите копии в другой форме, которую мы можем предоставить, то мы выставим разумный счет, основанный на наших издержках.

Если мы откажемся выполнить ваш запрос, то вы получите отказ в письменном виде. Будет указана причина отказа и объяснены ваши права на пересмотр отказа.

**Исправления.** Вы можете попросить, чтобы мы изменили некоторую медицинскую информацию. Вы должны сделать такой запрос в письменном виде. Вы должны объяснить, почему эту информацию нужно изменить. Если мы согласимся на ваши изменения, то мы попытаемся проинформировать тех, кто уже получил эту информацию (включая лиц по вашему списку), об этих изменениях. Если мы откажемся выполнить ваш запрос, то вы получите отказ в письменном виде. Будет указана причина отказа, и объяснение, какие ответные шаги вы можете предпринять.

**Список разглашений.** Вы можете получить список разглашений вашей медицинской информации – с некоторыми исключениями, – сделанных нами или нашими партне-

рами. Этот список не включает в себя:

- разглашения, сделанные для лечения, оплаты или других целей, связанных с медицинским обслуживанием (определение дано в следующем разделе);
- разглашения, сделанные до 14 апреля 2003 года; и
- другие разглашения, разрешенные законом.

Вы должны сделать запрос в письменном виде. Если вы запрашиваете такой список чаще чем один раз в 12 месяцев, то мы можем выставить вам счет за каждый дополнительный список. Вы можете отозвать или изменить запрос, чтобы снизить сумму оплаты или отменить оплату.

**Бумажная копия Уведомления.** Вы можете получить бумажную копию действующего в настоящее время Уведомления об обеспечении приватности.

### Использование и разглашение медицинской информации

Чтобы обеспечить самое высокое качество медицинского обслуживания, мы должны использовать и разглашать медицинскую информацию. Мы защищаем вашу медицинскую информацию во всех случаях, когда мы ее используем или разглашаем. Мы следуем положениям нашего Уведомления об обеспечении приватности и закона, когда мы используем и разглашаем медицинскую информацию. Мы можем использовать и разглашать вашу медицинскую информацию в следующих случаях:

**Лечение, оплата и другие цели, связанные с медицинским обслуживанием.** Мы можем использовать и разглашать вашу медицинскую информацию:

- для лечения (включая сотрудничество с другим медицинским учреждением или специалистом);
- для оплаты (например, выставление счетов за предоставленные услуги);
- для других целей, связанных с нашим медицинским обслуживанием. К этому относится не связанная с лечением или оплатой деятельность, позволяющая нам вести наш бизнес или обеспечивать обслуживание. Это включает оценку и улучшение качества, организацию лечения и ухода, оценку компетентности или квалификации медицинских специалистов, а также обучение.

**Неотложная медицинская ситуация.** Мы можем использовать или разгласить вашу медицинскую информацию, чтобы помочь вам в ситуации, требующей неотложного медицинского вмешательства.

**Напоминания о приеме; альтернативное лечение.** Мы можем посылать вам напоминания о приеме в клинике и т.п. или сообщать вам о лечении и о полезных для вашего здоровья возможностях или услугах, которые вы можете считать полезными.

**Справочная служба.** Мы можем разгласить следующую информацию тем людям, которые спросят о вас, назвав ваши имя и фамилию:

- где именно в больнице вы находитесь;

- общее состояние;
- религиозная принадлежность (разглашается только духовным лицам).

Вы можете предпочесть, чтобы мы разглашали эту информацию только частично или не разглашали ее вообще. Например, если вы не хотите, чтобы мы сообщали людям, где вы находитесь, мы согласимся выполнить ваши указания. (В некоторых случаях, при неотложной медицинской ситуации, мы можем не получить от вас указаний, пока вы сами не сможете нам это сообщить.)

**Люди, участвующие в вашем лечении и уходе.** Мы можем разгласить ограниченную медицинскую информацию людям, участвующим в вашем лечении и уходе (например, члену семьи или контактному лицу в неотложных ситуациях), или для того, чтобы помочь планировать ваше лечение и уход. Если вы не хотите, чтобы эта информация предоставлялась, то вы можете попросить, чтобы ее не предоставляли. Мы можем разрешить другому лицу получать ваши лекарства по рецептам, медицинское оборудование или рентгеновские снимки, если это уместно.

**Фонды / сбор средств.** Мы можем обратиться к вам или попросить наши фонды обратиться к вам в связи со сбором средств и другими мероприятиями. Мы будем использовать или разглашать только ваши имя и фамилию, каким образом с вами можно связаться, демографическую информацию, а также даты, когда мы вас обслуживали, и другую ограниченную информацию о вашем лечении и предоставлявшихся услугах. Мы можем разгласить эту информацию фирмам, которые помогают нам в проведении программ по сбору средств. Вы имеете право отказаться от контактов, связанных со сбором средств.

**Научные исследования.** Мы можем использовать или разгласить вашу медицинскую информацию для научных исследований в рамках, разрешенных законом, или если вы дали на это разрешение. Вы можете спросить у нас, как можно связаться с исследователем, которому мы разгласили вашу информацию для научных целей, а также сообщить вам дату разглашения.

**Смерть; донорство органов.** Мы можем разгласить определенную медицинскую информацию об умершем человеке ближайшему родственнику. Мы можем также разгласить эту информацию похоронному бюро, коронеру, медицинскому эксперту, представителю правоохранительных органов или агентству, занимающемуся донорством органов.

**Контроль за состоянием здоровья работников медицинского учреждения / травма / болезнь.** Если ваш работодатель является медицинским учреждением, то мы можем разгласить медицинскую информацию в соответствии с требованиями штатного или федерального законодательства:

- для контроля на работе за состоянием здоровья работников; или
- о профессиональном заболевании или производственной травме.

**Правоохранительные органы.** Мы можем разгласить определенную медицинскую информацию правоохранительным органам. В частности:

- о пропавшем ребенке;

- если подозревается, что у нас было совершено преступление;
- при серьезной угрозе здоровью или безопасности другого человека или людей.

*Исправительное учреждение.* Мы можем разгласить медицинскую информацию о заключенном или другом лице, находящемся под стражей правоохранительных органов или исправительного учреждения.

*Жестокое/оскорбительное обращение, пренебрежение или угроза.* Мы можем разгласить медицинскую информацию соответствующим властям о возможном жестоком/оскорбительном обращении или пренебрежении по отношению к ребенку или уязвимому взрослому. Если имеется серьезная угроза здоровью или безопасности человека, то мы можем разгласить информацию этому человеку или правоохранительным органам.

*Постановления Администрации по контролю за продуктами питания и лекарствами (FDA).* Мы можем разгласить медицинскую информацию организациям, деятельность которых регулируется постановлениями FDA, для оценки качества, безопасности и эффективности их продукции.

*Военные власти / национальная безопасность.* Мы можем разгласить медицинскую информацию уполномоченным лицам из вооруженных сил США, иностранных вооруженных сил и из служб национальной безопасности США или служб защиты США.

*Риски общественному здравоохранению.* Мы можем разгласить вашу медицинскую информацию для целей здравоохранения:

- сообщая о болезни (например, раке или туберкулезе) и о контроле за ее распространением, сообщая о травме или инвалидности;
- сообщая о рождении и смерти;
- сообщая о нежелательных явлениях или о наблюдениях, связанных с пищевыми продуктами, лекарствами или проблемами, связанными с ними;
- извещая лиц об отзыве, ремонте или замене продукции, которую они могут использовать;
- уведомляя человека, который мог заболеть или мог подвергнуться риску заболеть или распространить болезнь.

*Надзор за деятельностью медицинских учреждений.* Мы можем разгласить медицинскую информацию правительственным, лицензионным, аудиторным или аккредитационным агентствам для деятельности, разрешенной или требуемой по закону.

*Требуется другими законами.* Мы можем использовать или разгласить медицинскую информацию, требуемую другими законами. Например:

- мы можем разгласить медицинскую информацию Министерству здравоохранения и социального обеспечения США во время расследования;
- мы можем разгласить медицинскую информацию в соответствии с законами о потере трудоспособности на работе или аналогичными законами;
- мы можем разгласить медицинскую информацию:
  - социальным службам или другим агентствам или

лицам, которым разрешено получать информацию о некоторых травмах или состояниях здоровья по причинам, относящимся к социальному обеспечению, здравоохранению или правопорядку;

- о не освобожденной от опеки несовершеннолетней или о лице, у которого имеется опекун, в случае предполагаемого аборта;
- об освобожденном от опеки несовершеннолетнем или о несовершеннолетнем, получающем конфиденциальное обслуживание, для предотвращения серьезной угрозы здоровью несовершеннолетнего.

*Уведомление.* Мы обязаны незамедлительно сообщать вам о несанкционированном доступе к вашей медицинской информации.

*Юридический процесс.* Мы можем разгласить медицинскую информацию по приказу федерального или штатного суда, по имеющему законную силу приказу, по повестке или по другому имеющему законную силу документу.

*Истории болезни в соответствии с законодательством штата.* Для выдачи истории болезни (включая медицинские карты или рентгеновские снимки) медицинскими работниками, лицензированными в штате Миннесота, требуется разрешение, подписанное больным или его законным представителем. Исключения: у вас возникла неотложная медицинская ситуация, вы пришли на прием к специалисту по поводу вашего текущего заболевания, а также другие ситуации, когда этого требует или разрешает закон.

С вашего разрешения

*Ваше разрешение.* Мы можем использовать или разглашать медицинскую информацию только с вашего письменного разрешения, за исключениями, описанными выше. Если вы дадите письменное разрешение, то вы можете отозвать его в любое время, сообщив нам об этом в письменном виде. Форму для отзыва разрешения можно получить в том же отделении Allina Health, где вы лечились, или обратившись к нам. Ваше разрешение истечет, когда мы получим подписанную вами форму, или после наших действий по вашему запросу.

Вопросы и жалобы

Если у вас есть вопросы о том, как мы обеспечиваем приватность, если вы считаете, что ваши права на приватность были нарушены, или если вы не согласны с вынесенным решением относительно ваших прав, то вы можете подать жалобу, обратившись к сотруднику по вопросам приватности по телефону 612-262-4900, или подать жалобу в письменном виде по адресу:

Allina Health  
P.O. Box 43  
Minneapolis, MN 55440-0043

По вопросам о выдаче информации (оплата за копии и выдача историй болезни) обратитесь по телефону 612-262-2300. Вы можете также отправить жалобу в письменном виде в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США – отдел гражданских прав (US Department of Health and Human Services — Office of

Civil Rights (OCR)). По вашей просьбе мы предоставим вам адрес, по которому можно отправить жалобу. Подача жалобы не повлечет за собой никаких наказаний.

Если у вас есть вопросы или вы обеспокоены тем, как мы обеспечиваем приватность, и конкретно этим Уведомлением, обратитесь в отдел работы с медицинской информацией (Health Information Management) по телефону 612–863–3664.

Организации, на которые распространяется это Уведомление

Это Уведомление относится к обеспечению приватности перечисленными ниже медицинскими специалистами и учреждениями, входящими в Allina Health, а также связанными с ними специалистами и учреждениями. Эти бизнесы являются частью организованной системы здравоохранения. Внутри нашей системы предполагается совместное использование медицинской информации для лечения, оплаты, или для других целей, связанных с медицинским обслуживанием.

Abbott Northwestern Hospital (Северо-Западная больница Abbott)  
Allina Health clinics (клиники системы здравоохранения Allina)  
Allina Health Emergency Medical Services (неотложная помощь системы здравоохранения Allina)  
Allina Health Home Care Services (службы по уходу на дому системы здравоохранения Allina)  
Allina Health Home Health (поддержка больных дома системы здравоохранения Allina)  
Allina Health Home Oxygen & Medical Equipment (кислород и медицинское оборудование для дома системы здравоохранения Allina)  
Allina Health Hospice & Palliative Care (хоспис и паллиативное лечение и уход системы здравоохранения Allina)  
Allina Health Pharmacy (аптека системы здравоохранения Allina)  
Allina Health Laboratory (лаборатория системы здравоохранения Allina)  
Buffalo Hospital (больница города Buffalo)  
Cambridge Medical Center (медицинский центр города Cambridge)  
Courage Kenny Rehabilitation Institute (институт реабилитации имени медсестры Кенни)  
District One Hospital (Больница District One)  
Edina Family Physicians (семейные врачи, город Edina)  
John Nasseff Neuroscience Specialty Clinic (специализированная неврологическая клиника John Nasseff)  
Mercy Hospital (больница Mercy)  
Metropolitan Heart & Vascular Institute (институт сердечно-сосудистых заболеваний)  
Minneapolis Heart Institute (кардиологический институт Миннеаполиса)  
Minnesota Perinatal Physicians (специалисты по перинатальной медицине штата Миннесота)

New Ulm Medical Center (медицинский центр города New Ulm)  
Owatonna Hospital (больница города Owatonna)  
Penny George Institute for Health & Healing (институт нетрадиционной медицины Penny George)  
Phillips Eye Institute (институт глазных болезней Phillips)  
Regina Hospital (больница Regina)  
St. Francis Regional Medical Center (региональный медицинский центр св. Франциска)  
Sharpe Dillon Cockson (группа врачей Sharpe Dillon Cockson – внутренние болезни)  
Southwest Surgical Center, LLC (Юго-Западный хирургический центр, ООО)  
Sports and Orthopaedic Specialists (специалисты по спортивной медицине и ортопедии)  
United Heart & Vascular Clinic (клиника United сердечно-сосудистых заболеваний)  
United Hospital (больница United)  
United OB GYN Associates (специалисты United по акушерству и гинекологии)  
Unity Hospital (больница Unity)  
Virginia Piper Cancer Institute (онкологический институт Virginia Piper)  
WestHealth Urgent Care и WestHealth Emergency Department (скорая помощь и отделение неотложной медицины WestHealth)

River Falls Area Hospital (больница города River Falls) также входит в эту организованную систему здравоохранения, но в нем используется другая форма Уведомления, потому что эта больница находится в штате Висконсин.

Это Уведомление вступило в силу 14 апреля 2003 года. Оно останется в силе до тех пор пока мы его не изменим. Мы можем изменить условия этого Уведомления и сделать эти новые условия применимыми для всей медицинской информации, которой мы располагаем. Это включает медицинскую информацию, которую мы создали или получили до того как мы изменили наше Уведомление. Любое пересмотренное Уведомление будет доступно на бумаге и в электронном виде в наших учреждениях и на нашем сайте. Вы также можете запросить пересмотренное Уведомление лично или по почте.