

## УВЕДОМЛЕНИЕ О МЕРАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Медицинский центр гастроэнтерологии Island Digestive Health Center, LLC

Дата вступления в силу: 6 марта 2014 г.

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ ДОСТУПА К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. **ПРОСИМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ЭТИМ УВЕДОМЛЕНИЕМ.**

**Это Уведомление касается работы таких компаний:**

- Медицинский центр гастроэнтерологии Island Digestive Health Center, LLC (далее «Центр»)
- Компания **Suffolk Anesthesia Services**

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Независимые медицинские работники, которые будут Вас лечить или обслуживать в Центре (например, хирурги, анестезиологи, радиологи, патологи), также будут соблюдать условия этого Уведомления относительно Вашей защищенной медицинской информации, касающейся обслуживания или лечения, предоставляемого Вам в Центре. Соответственно, такие независимые работники смогут использовать и передавать защищенную медицинскую информацию, касающуюся обслуживания или лечения, предоставляемого Вам в Центре, для целей, о которых идет речь в данном Уведомлении (например, для получения оплаты за выполненную ими работу), и в той же степени, в которой и сам Центр может использовать или передавать эту информацию в соответствии с условиями этого Уведомления. Такие независимые медицинские работники могут, однако, применять другие правила или уведомления относительно использования и передачи хранящейся у них медицинской информации в отношении обслуживания или лечения, предоставляемого Вам за пределами Центра. Просим принять во внимание, что такие независимые работники не являются ни сотрудниками, ни представителями Центра, но совместно упоминаются в этом Уведомлении для удобства объяснения Вам Ваших прав, касающихся конфиденциальности защищенной медицинской информации о Вас по вопросам обслуживания или лечения, предоставляемого Вам в Центре.

Если у Вас возникнут какие-либо вопросы об этом уведомлении или Вам потребуется дополнительная информация, обратитесь, пожалуйста, к нашему сотруднику по вопросам конфиденциальности по номеру телефона 631-376-2260. Письменные запросы следует направлять по адресу:

**Island Digestive Health Center, LLC**

Attn: Privacy Officer

471 Montauk Hwy

West Islip, New York 11795

### НАШИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА В ОТНОШЕНИИ ВАШЕЙ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ:

Конфиденциальность Вашей защищенной медицинской информации (сокращенно «ЗМИ») очень важна для нас. В этом уведомлении Вы найдете информацию о том, как мы можем использовать и передавать Вашу ЗМИ. В уведомлении описаны Ваши права по отношению к Вашей ЗМИ, которую мы собираем и храним, а также определенные наши обязательства относительно использования и передачи Вашей ЗМИ.

В соответствии с требованиями закона, мы обязаны:

1. Обеспечивать конфиденциальность Вашей ЗМИ.
2. Предоставить Вам это Уведомление с описанием наших правовых обязанностей, мер по обеспечению конфиденциальности, а также Ваших прав в отношении Вашей ЗМИ, которую мы собираем и храним.
3. Ставить Вас в известность в случае обнаружения любых нарушений конфиденциальности Вашей ЗМИ, не защищенной в соответствии с федеральными нормативами.

4. Следовать положениям Уведомления о мерах обеспечения конфиденциальности, действующим на данный момент.

## **ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ВАШЕЙ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ:**

У Вас есть такие права в отношении Вашей ЗМИ:

**1. Право на ознакомление и снятие копий с документов:** Вы имеете право на ознакомление и снятие копий со всей Вашей медицинской документации или какой-либо ее части, как предусмотрено федеральными нормативными актами. Вы можете запросить и получить электронную копию Вашей ЗМИ, если мы сохраняем ее в электронной медицинской карте.

Для того чтобы проверить и скопировать Вашу ЗМИ, Вам нужно подать запрос в письменной форме нашему сотруднику по вопросам конфиденциальности по адресу, указанному на первой странице этого уведомления. В случае получения от Вас запроса на копию Вашей ЗМИ, мы можем взять, в разумных пределах и на основе затрат, плату в соответствии с законодательством штата за расходы, связанные с выполнением Вашего запроса.

Мы можем отказать в Вашей просьбе при определенных, четко ограниченных обстоятельствах.

**2. Право вносить изменения:** Вы имеете право подать запрос на исправление Вашей ЗМИ или данных в Вашей медицинской документации, если Вы полагаете, что Ваша медицинская информация неверна или неполна. Вы имеете право подавать запрос на исправление до тех пор, пока мы храним Вашу информацию. Запрос на внесение исправлений необходимо подавать в письменной форме нашему сотруднику по вопросам конфиденциальности по адресу, указанному на первой странице этого уведомления; при этом необходимо указать причину в качестве обоснования Вашего запроса на внесение исправлений. Мы можем отказать в Вашей просьбе при определенных, четко ограниченных обстоятельствах.

**3. Право на учет случаев передачи информации:** Вы имеете право запросить реестр всех случаев передачи нами Вашей ЗМИ, за исключением случаев передачи с целью лечения, платежных операций, других действий, связанных с предоставлением медицинских услуг, а также в некоторых других целях, если такая передача осуществлялась с использованием традиционных (на бумаге и т.п.), а не электронных медицинских записей, как это предусмотрено в федеральных нормативных актах. Если Вы делаете запрос на получение реестра случаев передачи Вашей ЗМИ, в этом реестре могут быть указаны те случаи передачи с целью лечения, платежных операций и других действий, связанных с предоставлением медицинских услуг, когда такая передача осуществлялась при помощи электронных медицинских записей.

Запрос на получение реестра случаев передачи Вашей ЗМИ нужно подать в письменной форме нашему сотруднику по вопросам конфиденциальности по адресу, указанному на первой странице этого уведомления. Вы должны указать в своем запросе период времени, который не должен превышать 6 лет и не может охватывать даты до 14 апреля 2003 г. Ваш первый запрос на такой реестр в течение 12 месяцев будет выполнен бесплатно. В случае дополнительных запросов мы можем взять с Вас плату за расходы, связанные с предоставлением реестра. Мы уведомим Вас о предполагаемых расходах, и Вы сможете отозвать или изменить свой запрос, прежде чем понесете какие-либо расходы.

**4. Право на требование ограничений:** Вы имеете право потребовать ограничения или сужения объема использования и передачи Вашей ЗМИ. Вы также имеете право потребовать ограничения или сужения объема передачи Вашей ЗМИ лицу, которое участвует в Вашем лечении или оплате Вашего лечения, например члену семьи или другу. Например, Вы можете попросить, чтобы мы ограничили использование Вашей ЗМИ конкретной медсестрой или не передавали информацию о перенесенной Вами операции Вашей супруге или Вашему супругу.

Если Вы полностью оплачиваете услугу за свой счет, Вы можете попросить, чтобы информация об этой услуге не разглашалась и не предоставлялась сторонним плательщикам для оплаты действий, связанных с лечением. Мы обязаны по закону соблюдать подобные ограничения.

Запрос на ограничение использования и передачи Вашей ЗМИ нужно подать в письменной форме нашему сотруднику по вопросам конфиденциальности по адресу, указанному на первой странице этого уведомления. В своем запросе Вы должны указать, предоставление какой информации Вы хотите ограничить и лицо, в отношении которого Вы хотите применить эти ограничения. Мы известим Вас о нашем решении относительно запрашиваемого ограничения. Если мы согласимся на запрошенные Вами ограничения, мы будем соблюдать их, если только эта информация не потребуется для оказания Вам экстренной медицинской помощи.

**5. Право на конфиденциальность общения:** Вы имеете право попросить нас, чтобы мы общались с Вами относительно Вашей ЗМИ определенным образом или посылали такие сообщения по определенному адресу. Например, Вы можете попросить, чтобы мы связывались с Вами только по рабочему телефону или отправляли почту на арендованный почтовый ящик.

Запрос на конфиденциальное общение нужно подать в письменной форме нашему сотруднику по вопросам конфиденциальности по адресу, указанному на первой странице этого уведомления. В Вашем запросе нужно указать желаемый способ связи или адрес для связи.

**6. Право на получение бумажной копии этого Уведомления:** Вы имеете право получить бумажную копию этого уведомления в любое время, подав соответствующий запрос. Во время предоставления первой услуги мы обязаны выдать Вам бумажную копию этого уведомления. Чтобы получить копию этого уведомления в любое другое время, подайте запрос нашему сотруднику по вопросам конфиденциальности по адресу, указанному на первой странице этого уведомления.

**7. Право на отзыв разрешения:** если Вы оформили любое разрешение на использование и передачу Вашей ЗМИ, Вы имеете право отозвать такое разрешение, за исключением тех случаев, когда действие уже предпринято со ссылкой на такое разрешение.

## **ВОЗМОЖНЫЕ СЛУЧАИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ВАШЕЙ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ БЕЗ ВАШЕГО РАЗРЕШЕНИЯ:**

Ниже описаны различные случаи, в которых мы можем использовать и передавать Вашу ЗМИ без Вашего разрешения.

**1. С целью лечения:** мы можем использовать Вашу ЗМИ для предоставления Вам лечения или медицинского обслуживания. Мы можем передавать Вашу ЗМИ другим врачам, медсестрам, техническим работникам, студентам-медикам или другим сотрудникам, задействованным в уходе за Вами. Например, другому врачу, который лечит у Вас перелом ноги, возможно, потребуется знать, болеете ли Вы диабетом, поскольку диабет может замедлить процесс лечения.

**2. С целью оплаты услуг:** мы можем использовать и передавать Вашу ЗМИ, чтобы выставить счет Вам, страховой компании или третьему лицу и получить оплату за предоставляемое Вам лечение и обслуживание. Например, нам может понадобиться предоставить Вашей программе медицинского страхования информацию о Вашем визите к нам, чтобы страховая программа оплатила предоставленные Вам услуги или возместила Ваши расходы за этот визит. Мы можем также сообщить Вашей программе медицинского страхования о лечении, которое Вы собираетесь пройти у нас, чтобы получить предварительное одобрение или выяснить, покроет ли Ваша страховая программа стоимость этого лечения.

**3. В связи с действиями, связанными с предоставлением медицинских услуг:** мы можем использовать и передавать Вашу ЗМИ в связи с действиями, связанными с предоставлением медицинских услуг. Например, мы можем использовать медицинскую информацию для анализа нашего лечения и услуг, а также для оценки работы нашего персонала, обслуживающего Вас.

**4. С целью проведения научно-исследовательской работы:** мы можем передавать Вашу ЗМИ для целей научно-исследовательской работы. Мы будем передавать Вашу ЗМИ в исследовательских целях с Вашего прямого согласия или в случае, если протокол исследования был одобрен экспертным советом медицинского учреждения, который рассмотрел предложение о проведении исследования и разработал протоколы, обеспечивающие конфиденциальность Вашей ЗМИ.

**5. В соответствии с требованием закона:** мы можем передавать Вашу ЗМИ в случаях, когда это требуется федеральным законодательством, законами штата или местными законами.

**6. Для предотвращения серьезной угрозы здоровью или безопасности:** мы можем использовать и передавать Вашу ЗМИ, когда это необходимо для предотвращения серьезной угрозы Вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности других людей.

**7. Для военнослужащих и ветеранов:** если Вы служите или служили в Вооруженных Силах, мы можем передавать Вашу ЗМИ по требованию военного командования или Министерства по делам ветеранов США, в зависимости от конкретного случая. Мы также можем передавать медицинскую информацию об иностранных военнослужащих соответствующим военным инстанциям других стран.

**8. Компенсация работникам:** мы можем передавать Вашу ЗМИ, когда это разрешено, и в соответствии с законами, связанными с компенсацией работникам, а также аналогичными программами, установленными законом, которые обеспечивают выплаты в связи с заболеваниями и травмами на работе, независимо от того, по чьей вине они произошли.

**9. Мероприятия, связанные с общественным здравоохранением:** мы можем передавать Вашу ЗМИ для целей мероприятий, связанных с общественным здравоохранением. К таким мероприятиям, как правило, относятся:

- меры для профилактики или достижения контроля над заболеваниями, травматизмом или инвалидностью;
- сообщение о факте рождения или смерти;
- сообщение о случаях жестокого или небрежного обращения с детьми;
- сообщение о реакции на лекарства или проблемы с продукцией;
- уведомление об отзыве продукции, которой может пользоваться население;
- уведомление лиц или организаций, которым необходимо получать информацию о продукции, контролируемых Управлением по контролю за продуктами питания и лекарственными средствами США (FDA);
- уведомление лиц, которым могли пребывать в контакте с возбудителем болезни или могут подвергаться риску заражения или распространения заболевания или болезненного состояния.

**10. Мероприятия по надзору за здравоохранением:** мы можем передавать Вашу ЗМИ органам по надзору за здравоохранением для проведения мероприятий, предусмотренных законом. Такие мероприятия по надзору включают в себя, в числе прочего, аудиты, расследования, проверки и лицензирование. Эти мероприятия необходимы для правительства, чтобы следить за работой системы здравоохранения, государственных программ, а также за соблюдением законов о гражданских правах.

**11. Судебные иски и споры:** если Вы вовлечены в судебный процесс или спор, мы можем передать Вашу ЗМИ по постановлению суда или административного органа. Мы также можем передавать Вашу ЗМИ в ответ на вызов в суд, запрос документов или иной законный процесс со стороны кого-либо другого, участвующего в споре, но только в том случае, если были предприняты усилия, чтобы сообщить Вам об этом запросе или получить судебное постановление о защите требуемой информации.

**12. Правоохранительные органы:** мы можем передавать Вашу ЗМИ сотрудникам правоохранительных органов с целью обеспечения соблюдения законов, в том числе:

- для сообщения об определенных травмах, в соответствии с требованиями закона, огнестрельных ранах, ожогах, травмах, полученных лицами, совершившими преступление;
- в ответ на постановление суда, повестку в суд, ордер, вызов в суд и тому подобные процедуры;
- с целью идентификации или определения местонахождения подозреваемого, лица, скрывающегося от закона, важного свидетеля или пропавшего без вести;

- в случаях, касающихся жертвы преступления, если жертва соглашается раскрыть данные или при определенных ограниченных обстоятельствах мы не можем получить согласие;
- в случае смерти, которая, по нашему мнению, может быть результатом преступного поведения;
- в случае преступной деятельности в нашем учреждении;
- в чрезвычайных обстоятельствах, чтобы сообщить о преступлении, месте совершения преступления или жертве, или о лице, совершившего преступление, с описанием его внешности или местонахождения.

**13. Пожертвование органов и тканей:** мы можем передавать Вашу ЗМИ организациям, участвующим в приобретении, хранении или трансплантации органов, глаз или тканей умерших с целью облегчения пожертвования органов и тканей, где это необходимо.

**14. Надругательство, небрежное отношение и бытовое насилие:** мы можем передавать Вашу ЗМИ соответствующим государственным органам, если у нас есть основания полагать, что Вы могли стать жертвой надругательства, небрежного отношения или бытового насилия. Мы будем передавать эти данные только при условии Вашего согласия или в том случае, когда это требуется или разрешено законом.

**15. Судмедэксперты, патологоанатомы и директора похоронных бюро:** мы можем передавать Вашу ЗМИ судмедэксперту или патологоанатому. Это может потребоваться, например, для опознания умершего или определения причины смерти. Мы также можем передавать Вашу ЗМИ директорам похоронных бюро по мере необходимости для выполнения их обязанностей.

**16. Система национальной безопасности и разведывательная деятельность:** мы можем передавать Вашу ЗМИ уполномоченным сотрудникам федеральных органов для целей разведки, контрразведки и других действий для защиты национальной безопасности, разрешенных законом, либо для целей обеспечения безопасности президента США или глав иностранных государств.

**17. Заключенные:** если Вы пребываете в исправительном учреждении или находитесь под опекой правоохранительных органов, мы можем передавать Вашу ЗМИ представителям таких исправительных учреждений или правоохранительных органов. Такая передача информации должна быть необходима: (а) учреждению для предоставления Вам лечения; (б) для защиты Вашего здоровья и безопасности или здоровья и безопасности других; (с) для обеспечения безопасности и охраны в рамках исправительного учреждения.

### **ПРИМЕРЫ ДРУГИХ ДОПУСТИМЫХ ИЛИ НЕОБХОДИМЫХ СЛУЧАЕВ ПЕРЕДАЧИ ВАШЕЙ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ БЕЗ ВАШЕГО РАЗРЕШЕНИЯ:**

**1. Деловые партнеры:** некоторые из наших услуг предоставляются от нашего имени на основе договоров с деловыми партнерами. Возможные примеры работы наших деловых партнеров: кодирование и подача страховых претензий сотрудником сторонней компании по выставлению счетов; выполнение работ, связанных с консультированием и обеспечением качества, сторонним консультантом; аудит выставления счетов и кодирования, выполняемый сторонним аудитором; а также другие юридические и консультационные услуги по вопросам, которые могут периодически возникать при выставлении счетов и возмещении расходов. В ходе выполнения договоров с целью получения этих услуг нам может понадобиться передать Вашу ЗМИ нашим деловым партнерам, чтобы партнеры могли выполнять порученную им работу. Тем не менее, с целью защиты Вашей ЗМИ мы требуем от наших деловых партнеров надлежащей защиты Вашей информации.

**2. Уведомление:** мы можем использовать или передавать Вашу ЗМИ с целью уведомления или содействия в уведомлении членов семьи, личных представителей, близких личных друзей или других лиц, отвечающих за Ваше лечение дома и общее состояние здоровья. **Мы не будем передавать Вашу ЗМИ членам Вашей семьи, личным представителям или близким друзьям в соответствии с описанием, представленным в этом пункте, если Вы будете возражать против такой передачи. Пожалуйста, сообщите нашему сотруднику по вопросам конфиденциальности, если Вы возражаете против такой передачи информации.**

**3. Связь с членами семьи:** медицинские работники, в том числе как наши сотрудники, так и лица, работающие с нами по контракту, могут передавать членам семьи, другим родственникам, близким личным

друзьям или любым другим лицам, назначенным Вами, медицинскую информацию относительно участия данного лица в Вашем лечении или оплате, связанной с Вашим лечением, если Вы не возражаете против такой передачи.

**4. Противоправное поведение:** согласно федеральному закону, передача Вашей ЗМИ соответствующим органам надзора за медицинским обслуживанием, государственным органам здравоохранения или адвокатам разрешена при условии, что сотрудник или деловой партнер имеет основания полагать, что наше поведение противоправно или что мы иным образом нарушаем нормы профессиональной или клинической этики и представляем потенциальную опасность для одного или нескольких пациентов, сотрудников или общественности.

### **МЫ НЕ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИЛИ ПЕРЕДАВАТЬ ВАШУ ЗАЩИЩЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ ДЛЯ СЛЕДУЮЩИХ ЦЕЛЕЙ БЕЗ ВАШЕГО РАЗРЕШЕНИЯ:**

1. Мы должны получить от Вас разрешение на использование или передачу записей психотерапевта, кроме случаев, когда такое использование или передача предназначены для лечения, оплаты, медицинского обслуживания или требуются по закону, разрешены органами медицинского надзора, предназначены для судебно-медицинского эксперта или патологоанатома, или если это делается с целью предотвращения серьезной угрозы здоровью или безопасности.

2. Мы должны получить разрешение на любое использование или передачу Вашей ЗМИ в целях отправки Вам маркетинговых сообщений о товарах или услугах, которые рекомендуют Вам использовать или приобрести тот или иной товар или услугу, кроме случаев (а) непосредственного личного общения или (б) рекламных подарков с номинальной стоимостью. Тем не менее, от Вас не требуется разрешения для напоминаний о необходимости пополнить запас лекарств, предоставления информации относительно Вашего курса лечения, ведения или координации Вашего лечения, описания связанных с лечением товаров или услуг, которые мы предоставляем, или установления связи с Вами в отношении альтернативного лечения. Мы должны уведомлять Вас в случае, если маркетинговые мероприятия предусматривают финансовое вознаграждение.

3. Мы должны получать разрешение на любую передачу Вашей ЗМИ, которая представляет собой продажу такой ЗМИ.

**4. Мы должны получать разрешение для всех других видов использования и передачи Вашей ЗМИ, не описанных в данном уведомлении.**

Если Вы предоставили нам письменное разрешение на использование или передачу Вашей ЗМИ, Вы можете отозвать это разрешение в письменной форме в любое время.

### **ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ:**

Мы оставляем за собой право вносить изменения в наши правила обеспечения конфиденциальности и в любые положения этого уведомления. В случае существенных изменений в наших правилах конфиденциальности мы пересмотрим это уведомление и предоставим Вам копии пересмотренного уведомления по запросу. Мы оставляем за собой право признавать пересмотренные или измененные уведомления действительными в отношении ЗМИ, которой мы уже располагаем о Вас, а также информации, которую мы получим в будущем.

### **ПОРЯДОК ПОДАЧИ ЖАЛОБ:**

Если Вы считаете, что Ваши права на конфиденциальность нарушены, Вы можете подать жалобу непосредственно нам или в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США. Чтобы подать жалобу нам, позвоните нашему сотруднику по вопросам конфиденциальности по номеру телефона, указанному на первой странице этого уведомления. Все жалобы нужно подавать в письменной форме. **Против Вас не будут предприниматься какие-либо ответные меры в связи с подачей жалобы.**

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ:**

Мы предлагаем Вам подписать отдельную форму подтверждения получения Вами копии этого уведомления. Если Вы решите не подписывать эту форму или не в состоянии подписать ее, наш сотрудник подпишет ее и поставит свое имя и дату. Это подтверждение будет храниться в Вашем досье.