



# Уведомление о конфиденциальности медицинского центра округа Clackamas Специализация: охрана психического здоровья

*Дата вступления в силу: 1 сентября 2024 г.*

**Настоящее уведомление дополняет Уведомление о конфиденциальности  
округа Clackamas**

В этом уведомлении описано:

- КАК МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАСКРЫВАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ
- ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ
- КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ НА НАРУШЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИЛИ БЕЗОПАСНОСТИ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ ИЛИ ВАШИХ ПРАВ В ОТНОШЕНИИ ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ

**ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ КОПИЮ ЭТОГО УВЕДОМЛЕНИЯ (В БУМАЖНОЙ ИЛИ ЭЛЕКТРОННОЙ ФОРМЕ) И ОБСУДИТЬ ЕГО С МЕНЕДЖЕРОМ ПО КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА CLACKAMAS ПО ТЕЛЕФОНУ (503) 650-3195 ИЛИ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ [HIPAA-Privacy@clackamas.us](mailto:HIPAA-Privacy@clackamas.us), ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ВОПРОСЫ.**

**ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧТИТЕ ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ.**

Федеральный закон защищает конфиденциальность информации о наркотической и алкогольной зависимости, а также другой информации, защищенной частью 2 раздела 42 Свода федеральных нормативных актов (CFR). Далее в этом документе такая информация называется «информацией» или вашими «записями».

Если у вас есть вопросы об этом уведомлении или вы хотите подать запрос в отношении своих прав, описанных в этом уведомлении, обратитесь по адресу:

**Clackamas Health Centers**  
**Privacy Manager**  
2051 Kaen Road Suite 367  
Oregon City, OR 97045  
(503) 650-3195  
[HIPAA-Privacy@clackamas.us](mailto:HIPAA-Privacy@clackamas.us)

## **Способы использования и разглашения информации о состоянии вашего здоровья**

Мы можем использовать и разглашать вашу информацию в соответствии с согласием, которое вы дали в письменной форме. Обычно мы просим у пациентов согласие на разглашение для всех вариантов использования или разглашения в будущем в целях лечения, оплаты и операций в системе здравоохранения. Например, если вы дали согласие на разглашение информации в целях совершения платежей, мы можем предоставить информацию из вашей медицинской карты вашей программе медицинского страхования для оплаты предоставленных вам услуг.

Вы можете подписать одну форму согласия для всех вариантов использования или разглашения информации в будущем в целях лечения, оплаты и операций в системе здравоохранения.

Информация, раскрываемая программе согласно части 2, поставщику медицинских услуг, на которого распространяется действие закона HIPAA, или деловому партнеру в соответствии с вашим письменным согласием на разглашение в целях лечения, оплаты и операций в системе здравоохранения, может быть в дальнейшем разглашена этой программой согласно части 2, поставщиком медицинских услуг, на которого распространяется действие закона HIPAA, или деловым партнером без вашего письменного согласия в той степени, в которой это разрешают правила HIPAA.

Ваши записи в программе, согласно части 2, могут быть разглашены без вашего согласия (разрешения) только в той степени, в которой это разрешено следующими подразделами части 2 раздела 42 CFR:

- 2.51 в случае чрезвычайных ситуаций медицинского характера,,
- 2.52 в ограниченном объеме разрешено использование для научных исследований,**
- 2.53 для проведения аудита методов управления, финансового аудита и оценки программ,,**
- 2.54 разглашение информации в целях охраны общественного здоровья,
- 2.61 во исполнение постановления суда, вынесенного в соответствии с этим разделом правил..

Запрещено использовать или разглашать записи или свидетельства, содержащие информацию из таких записей, в каком-либо гражданском, административном, уголовном или законодательном производстве в отношении вас, если только вы

не дали конкретное письменное согласие на это или не было вынесено соответствующее постановление суда.

Записи можно использовать или разглашать на основании постановления суда только при условии уведомления вас или лица, хранящего эти записи, об этом и предоставления возможности высказаться, если это требуется в соответствии с разделом 42 Кодекса Соединенных Штатов (U.S.C.). 290dd-2 и 42 C.F.R. Часть 2.

Прежде чем информация будет использована или разглашена, к постановлению суда, разрешающему ее использование или разглашение, должна прилагаться повестка или другое правовое предписание с требованием разгласить информацию.

Запрещается использование или разглашение информации в рамках программы, согласно части 2, не описанное в этом уведомлении, без вашего письменного согласия.

## **Ваши права**

У вас есть следующие права в отношении вашей информации, и для их реализации вам нужно связаться с менеджером по вопросам конфиденциальности вашего района обслуживания:

### **Право попросить об ограничении разглашения**

Вы имеете право попросить об ограничении разглашения информации в соответствии с предоставленным вами ранее согласием в целях лечения, оплаты и операций в системе здравоохранения. Мы не обязаны согласиться на такое ограничение, за исключением следующих случаев: мы обязаны согласиться на просьбу об ограничении разглашения информации о вас программе медицинского страхования, если (1) такое разглашение осуществляется в целях оплаты или операций в системе здравоохранения и не является необходимым по закону; и (2) эта информация касается исключительно медицинского товара или услуги, которые вы полностью оплатили.

Вы имеете право попросить об ограничении разглашения информации согласно части 2 раздела 42 CFR вашей программе медицинского страхования в отношении услуг, которые вы оплатили полностью, и получить такое ограничение таким же образом, как и в случае применения раздела 45 CFR 164.522 в отношении разглашения защищаемой законом медицинской информации.

### **Право отозвать письменное согласие**

Вы имеете право отозвать свое письменное согласие, за исключением тех случаев, когда администрация округа или другое лицо, законным путем получившее вашу информацию, имели разрешение на разглашение такой информации и уже воспользовались им.

### **Право на список случаев разглашения**

Вы имеете право на список случаев разглашения электронных записей согласно части 2 раздела 42 CFR за последние 3 года. Для составления списка случаев разглашения в целях лечения, оплаты и операций в системе здравоохранения мы предоставляем данные, только если такое разглашение было осуществлено с помощью электронной медицинской карты в течение 3 лет до даты запроса списка.

Вы имеете право на список случаев разглашения в соответствии с требованиями пунктов 164.528(a)(2) и с (b) до (d) раздела 45 CFR для всех других случаев разглашения с вашего согласия.

### **Право на получение бумажной или электронной копии этого уведомления**

Вы имеете право получить бумажную копию этого уведомления. Вы можете в любой момент попросить нас предоставить вам копию этого уведомления. Копии этого уведомления можно будет получить в учреждениях, в которых вы получаете лечение, а также на веб-сайте округа Clackamas. Можно получить это уведомление на других языках и в других форматах.

### **Право на список случаев разглашения посредниками**

Вы имеете право получить список случаев разглашения вашей информации посредниками за последние 3 года.

### **Право на обсуждение с указанным контактным лицом**

Вы имеете право обсудить это уведомление с указанными выше людьми.

### **Право отказаться от получения сообщений о сборе средств.**

Мы не используем вашу информацию в целях сбора средств или для направления сообщений о таких сборах.

### **Наши обязанности**

По закону мы обязаны сохранять конфиденциальность ваших записей согласно части 2, уведомлять пациентов о наших юридических обязанностях и политике конфиденциальности в отношении записей, а также уведомлять пациентов, которых это касается, о несанкционированном доступе к записям, безопасность которых не была обеспечена. Мы обязаны соблюдать условия уведомления, действующего в настоящий момент.

Мы оставляем за собой право изменять условия этого уведомления, при этом положения нового уведомления будут распространяться на хранящуюся у нас информацию. В случае внесения изменений копия нового уведомления будет опубликована в учреждениях, в которых вы получаете лечение, на нашем открытом веб-сайте, а также будет предоставлена вам по запросу.

### **Вопросы и жалобы**

Вы имеете право обсудить это уведомление о конфиденциальности с

менеджером по вопросам конфиденциальности подразделения в вашем районе. Если вы считаете, что администрация округа Clackamas не выполнила закон в отношении ваших прав на конфиденциальность, вы можете подать жалобу. Вы можете подать жалобу онлайн на странице <https://secure.ethicspoint.com/domain/media/en/gui/10930/index.html>. Также можно подать жалобу по электронной почте на адрес [hipaa-privacy@clackamas.us](mailto:hipaa-privacy@clackamas.us). Вы также можете подать жалобу главе Министерства здравоохранения и социального обеспечения США.

***За подачу жалобы против вас не будут предпринимать никакие действия. Более подробную информацию по вопросам, охватываемым Законом о преемственности страхования и отчетности в здравоохранении (HIPAA), можно получить на странице <https://www.clackamas.us/hipaa>.***