

РАТН Люди, Участвующие в помощи (People Acting to Help), Inc.

**Сообщение о конфиденциальности (Privacy Notice) по поводу
использования и распространения информации о лечении**

***ЭТО КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ (PRIVACY NOTICE)
ОБЪЯСНЯЕТ КАК ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕМ ЛЕЧЕНИИ
МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И РАСПРОСТРАНЕНА И КАК
ВЫ МОЖЕТЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЭТУ ИНФОРМАЦИЮ О ВАШЕМ
ЛЕЧЕНИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ.***

I. Цель этого Сообщения (Notice).

Как часть предоставляемых услуг, РАТН создаёт клиническую и медицинскую документацию относительно вашего лечения. РАТН защищает конфиденциальность, собранной информации по лечению. Это конфиденциальное сообщение (Privacy Notes) описывает информацию о вашем лечении, обстоятельства, по которым информация о вашем лечении может быть распространена, и ваши права по поводу этой информации. Информация о вашем лечении, которая может вам быть предоставлена в будущем, включает в себя, но не лимитирует: ваше имя, адрес, вашу персональную информацию, информацию о вашем здоровье и курсы лечения, которые будут вам предоставлены.

РАТН требует от Совета Директоров, сотрудников, штатного персонала, добровольно работающих сотрудников, остальным сотрудникам, сотрудникам, работающим по договору и деловым партнёрам следовать практике обеспечения конфиденциальности информации.

Вы должны прочитать это сообщение (Notice) перед тем, как подписать любые официальные документы. Если у вас возникли какие-либо вопросы или вы хотели бы обсудить конфиденциальное сообщение (Privacy Notice) в дальнейшем, пожалуйста, свяжитесь с вашим управляющим делом, который адресует ваши вопросы к РАТН's должностному лицу.

II. Согласие(Consent) и Разрешение (Authorization)

РАТН должен получить ваше письменное разрешение на лечение перед началом любого лечения, оплаты или медицинского обслуживания в ваших интересах. Вы должны будете ознакомиться с Consent Form и дать своё согласие в письменном виде перед началом любого медицинского обслуживания. Это согласие (Consent) будет оставаться в силе до завершения вашего лечения, обеспечивающего РАТН. Однако, у вас есть право отменить это согласие (Consent) в письменном или в

устном заявлении в вашем присутствии, в любое время вашего лечения, за исключением того, когда вы уже начали получать лечение или требуется оплата лечения, которое уже было проведено, в зависимости от вашего согласие (Consent)

Ваше письменное разрешение (Authorization) требуется для использования и распространения любой части или всей информации по поводу вашего лечения, предоставленной другой стороне вне РАТН, которая не вовлечена в лечение или оплату и медицинский уход, выполняемых для вас. К примеру, информация по поводу лечения наркомании и алкоголизма (Drug and Alcohol Abuse) и психотерапевтические примечаний (Psychotherapy Notes) не может быть раскрыта без вашего согласия, если этого не требует судебный закон. В случае необходимости, эта информация может быть сообщена судебным инстанциям в минимальном и необходимом объеме. Разрешение (Authorization) ограничено по продолжительности и содержит запрещение на использование раскрытой информации для любой цели, кроме цели, указанной в разрешении (Authorization) и против перераскрытия информации для любой цели.

III Использование и распространение информации по лечению, оплате и медицинскому уходу.

Законы, регулирующие медицинские службы и процедуры, позволяют РАТН использовать и распространять вашу медицинскую информацию по лечению, оплате и медицинскому уходу как только мы предоставили вам это конфиденциальное сообщение (Privacy Notice) и получили ваше письменное согласие (Consent) на лечение. Ниже мы описываем каждую из этих категорий с примерами. Не каждое использование и распространение информации в категории будут внесены в список.

Лечение

Лечение означает обеспечение, координирование или управление здравоохранением и сопутствующие услуги с вовлечением РАТН. Это включает координацию между различными клиническими программами в пределах РАТН, а также согласование с внештатными сотрудниками отдела здравоохранения.

Например: данные, полученные врачом-клиницистом, практикующим врачом, управляющим вашим делом или другими сотрудниками, входящими в группу медицинской помощи при РАТН, будут записаны в вашей истории болезни и будут использоваться для определения оптимального для вас лечебного плана. Обычно; это информация включает в себя ваши симптомы, результаты физического осмотра и лабораторные анализы, достижения в вашем лечении и план по уходу и лечению в дальнейшем. Сотрудники группы, участвующей в лечении, засвидетельствуют мероприятия, которые они провели, результаты их

наблюдений, любую другую важную медицинскую информацию. Таким образом, группа, участвующая в лечении, будет иметь представление о вашем реагировании на лечение. С вашего согласия (Consent) на лечение, РАТН может обмениваться этой информацией с сотрудниками группы, активно вовлечённых в ваше лечение и являющимися сотрудниками РАТН, а также с доверенными лицами, помогающими вам в лечении, но не являющимися сотрудниками РАТН, но входящими в группу сотрудников, участвующей в лечении. Только определённая часть вашей истории болезни, необходимой для обеспечения непрерывности медицинской помощи и продолжения лечения, будет использоваться членами группы, участвующих в лечении, но не являющимися сотрудниками РАТН.

Ваше согласие (Consent) на лечение также предоставляет РАТН полномочия вам звонить или посылать электронные сообщения для планирования встреч или обсуждения аспектов медицинского обслуживания с вами, если только вы предложите другие способы установления контакта. Мы также попросим вас дать адрес и номер телефона лица, к которому можно обратиться в случае экстренной ситуации. В том случае, если ваша семья и ближайшие друзья поддерживают вас в принятии решения по поводу медицинского обслуживания, мы спросим вашего согласия на возможность обсуждения вашего лечения в их присутствии или по телефону. Вы имеете право отказаться или ограничить любые разглашения этого типа в любое время. Управляющий вашим делом сможет помочь вам в исполнении этого права.

Платёж

РАТН берёт на себя обязательства по возмещению расходов, потраченных на ваше медицинское обслуживание. Для того, чтобы оформить платёж, ваш страховой агент может запросить РАТН об информации, подтверждающей ваше право на получение медицинской помощи или согласовать льготы с другими страховыми агентами. Другие необходимые платёжные “операции” включают оформление счетов, составление исков, получение платежей, обзор медицинской потребности, обзор расходов, обжалование и разглашение справочному агентству потребителя.

Например: Может быть оформлен депозитный счёт, допускающий платёж в пользу третьих лиц. Справка, сопровождающая счёт, может НННН, а также ваш диагноз и краткий отчёт о полученном лечении. РАТН может быть запрошен раскрыть медицинскую информацию вашему страховому агенту для определения необходимости тех или иных мер, связанных с медицинским обслуживанием. Данные, используемые для этих целей, ограничены, в том числе, имена сотрудников, даты, типы и оплата лечений или медицинского

обслуживания, и краткое описание основной цели каждого лечебного сеанса и обслуживания.

Медицинский Уход

Медицинский уход предоставляет ряд услуг, выполняемых РАТН, её деловыми партнёрами, или параметры для контролирования информации, показателей и обслуживания от имени РАТН и её клиентов. Они включают, но не ограничивают оценку качества и усовершенствования деятельности, включая аттестацию и разработку клинических методических рекомендаций; экспертизу, оценку по документам и дипломам сотрудника, нанимающегося на работу и лицензирование; обучение и профессиональную подготовку сотрудников; предоставление законных и финансовых услуг; планирование бизнеса и коммерческое развитие; управленческую деятельность, связанную с обеспечением конфиденциальности РАТН; услуги, оказываемые клиентам, внутренние конфликты; создание де идентифицированных сведений для группирования данных, или прочих целей; сбор средств; определённую деятельность в области маркетинга; и обязательное контролирование деятельности.

Например: Сотрудники клинической и/или усовершенствования качества группы могут проверить данные из вашей истории болезни для определения обслуживания и исхода болезни и других аналогичных данных. Либо организация, распоряжающаяся РАТН фондом, может заключить договор с независимым агенством, чтобы провести оценку качества лечения непосредственно с вами. Полученная информация будет использоваться для улучшения качества и эффективности лечения, которое мы обеспечиваем.

Пожалуйста отметьте: Определённое использование и распространение информации о лечении по поводу наркомании и алкоголизма (drug and alcohol treatment) и психотерапевтических примечаний (Psychotherapy Notes) требует, чтобы РАТН получила ваше разрешение (Authorization) перед выпуском информации по лечению, оплате или медицинскому уходу, если иначе не требуется или разрешено согласно закону.

IV. Использование и раскрытие информации для целей, не требующих разрешения (Authorization) или согласия (Consent)

При данных обстоятельствах, перечисленных ниже, РАТН разрешается, согласно закону, использовать или раскрывать информацию о лечении без вашего дальнейшего согласия (Consent) или разрешения (Authorization):

- (1) Тем, кто активно занят в вашем лечении с помощью РАТН и тем, кто активно координирует с РАТН ваше медицинское обслуживание и лечение.

- (2) Тем, кто пересматривает и проверяет ваше обслуживание, включая Объединённую Комиссию по аккредитованию Организаций Здравоохранения (JCAHO) и выдача лицензий и дипломов, а также участвующим в PSRO или Обзорах за лечением в случае, когда необходимо получить свидетельство по поводу медицинской аккредитации.
- (3) Администратору окружного отдела Филадельфии по умственному развитию/задержке умственного развития, под его или её ответственность по положенным законам и правилам.
- (4) Суду или уполномоченному лицу, который занимается проверкой умственного развития во время легальных процессов, установленных законами и правилами.
- (5) В случае, назначенным судом, когда производство документов должным образом назначено судом.
- (6) Специальным регулятивным агентствам, ответственных за расследование случаев насилия детей или больных.
- (7) В случае критической медицинской ситуации, когда информация необходима для предотвращения серьёзного риска телесного повреждения или смерти. Только определённая минимальная информация, необходимая для избежания неотложной ситуации, может быть выдана без согласия больного.
- (8) Родителям, опекунам и другим доверенным лицам, когда необходимо получить согласие на медицинское лечение.
- (9) Юристам, которые ведут ваше дело во время назначенного обсуждения'
- (10) Деловым партнёрам, с которыми РАТН заключает контракты на услуги. Например: лабораторный тест, назначенный врачом, производство микрофильма и перевозка на скорой помощи. Когда имеются контракты с этими службами, мы можем распространять информацию о вашем здоровье нашим партнёрам, чтобы они могли выполнить законтрактованную работу. Наш Деловой партнёр должен подписать Соглашение Деловых партнёров (Business Associate Agreement), которое обязывает его использовать защиту информации о состоянии вашего здоровья.
- (11) Как требуется законом, РАТН может распространить информацию о вашем здоровье отделу общественного здравоохранения или официальным лицам, которые занимаются предотвращением или контролем заболеваний или травм. Например побочная реакции на лекарства или инфекционные заболевания.
- (12) К страховым агентам и тем плательщикам третьего лица или со-плательщикам, которые являются ответственными за оплату вашего медицинского обслуживания, и которые

требуют информацию, чтобы проверить, что услуги были обеспечены.

Информация, ставшая доступной при этих обстоятельствах, ограничена той информацией, которая является минимальной и необходимой для цели, при которой информация распространяется. Раскрытая информация, без вашего согласия, не может быть распространена людям или объектам или быть использована для дополнительных целей.

V. Разрешения (Authorizations) для других использований и распространений вашей медицинской информации.

Для целей, за исключением тех, которые перечислены выше, РАТН обязана получить ваше разрешение (Authorization) перед любым распространением информации. Разрешение (Authorization) удостоверяет требующуюся точную информацию, физическое или юридическое лицо, требующее информацию, и дату окончания или номер для разрешения (Authorization). Разрешение (Authorization) служит вашим позволением для распространения требующейся информации. Вы имеете право отменить разрешение (Authorization) в любое время, за исключением того, когда мы уже использовали или распространили информацию в уверенности разрешения (Authorization) или за исключением того, когда ваше разрешения (Authorization) было получено как условие вашего страхового обеспечения. Примеры того, когда требуется разрешение (Authorization), включают раскрытие психотерапевтических примечаний (Psychotherapy Notes) или раскрытие информации по поводу лечения наркомании и алкоголизма (Drug and Alcohol Abuse treatment), кроме случаев, оговоренных особо, или разрешено согласно закону.

Пожалуйста отметьте, что РАТН не может абсолютно гарантировать, что третье лицо, названное в вашем разрешении (Authorization), которому была раскрыта информация, будет соблюдать правила, заявленные в конфиденциальном сообщении РАТН (РАТН's Privacy Notice).

VI. Ваши права относительно информации о вашем лечении.

Если вы соответствующего возраста и дееспособны, и понимаете характер информации о вашем лечении и цель, благодаря которой информация о вашем лечении может быть использована или распространена, то вы можете управлять доступом к информации о лечении. Определённые исключения и юридические ограничения применяются к вашим правам, как объяснено ниже:

Доступ к вашей документации (Record): Согласно закону, ваша медицинская документация является собственностью РАТН или сотрудника, который обеспечивает лечебное обслуживание и разрабатывает документацию. Однако, закон предусматривает право, благодаря которому вы можете попросить получить медицинскую документацию для проверки и снятия копии с документации. Ваш

запрос о доступе или снятии копии с вашей документации может быть оформлен в письменном виде, и ответ от нас на ваш запрос обычно приходит в течение 30 дней. РАТН может взыскать с вас умеренную плату за снятие копии с любой документации.

Клинический специалист будет проверять с вами документацию в случае предоставления доступа к вашей медицинской документации для её пересмотра и проверки. Однако, в определённых случаях, закон разрешает РАТН отклонять ваш запрос о доступе ко всей или части вашей документации.

РАТН может отклонить ваш запрос о доступе к вашей медицинской документации:

- (1) На основании документального подтверждения руководителя группы, участвующей в лечении, определено, что распространение определённой информации, относящейся к лечению, принесёт существенный ущерб вашему лечению.
- (2) Когда распространение определённой информации покажет идентичность людей, или нарушение доверия, или конфиденциальности людей, которые предоставили информацию по соглашению для поддержания их конфиденциальности.
- (3) Вышеупомянутые ограничения применимы к родителям, опекунам и другим лицам, кто может воспользоваться доступом к документации, если не считать того, что возможность существенного ущерба родителю, опекуну или другому лицу может быть также рассмотрена.
- (4) Директор клиники по поведению и задержки умственного развития сохраняет абсолютное дискреционное право в получении и пересмотре информации о лечении, требуемой в письменном виде перед предоставлением доступа к информации о лечении, и может предъявить или определить соответствующую сторону для присутствия, когда рассматривается информация о лечении.

Вы можете подать апелляционную жалобу на наш отказ. Если вы бы хотели попросить проверить или сделать копию вашей документации, пожалуйста, установите связь с управляющим вашим делом, который поможет вам оформить этот запрос в письменной форме.

Ограничения: Вы имеете право попросить, чтобы РАТН ограничила использования и распространения вашей информации о лечении для целей, связанных с лечением, оплатой или медицинским уходом. РАТН, однако, может не связываться обязательством принимать ваши требуемые ограничения, если группа, участвующая в лечении, разумно не полагает, что это может или должно соответствовать требуемым

ограничениям. РАТН оставляет право группы, участвующей в лечении, в принятии такого решения и выдать письменный отказ в ответ на ваш запрос об ограничениях. РАТН будет связан всеми приемлемыми и соответствующими запросами об ограничениях в письменной форме, за исключением чрезвычайных ситуаций. Если вы хотите сделать ограничения, пожалуйста, сообщите управляющему вашим делом, который поможет вам в этом процессе.

Конфиденциальные сведения, не подлежащие разглашению или оглашению в суде: Вы имеете право запросить, чтобы РАТН ограничивал информацию, которую он сообщает вам о лечении, оплате и медицинскому уходу. С вашего разрешения мы свяжемся с вами по домашнему или рабочему телефону, чтобы подтвердить или перенести ваш приём, и также пошлём письмо с РАТН эмблемой на ваш домашний адрес. У вас есть право ограничить эти переговоры. Например, вы можете потребовать, чтобы мы только контактировали с вами дома, а не на работе. РАТН сделает всё возможное, чтобы удовлетворить ваш запрос. Если вы хотите сделать ограничения, вы должны сделать это в письменном виде. Пожалуйста, сообщите управляющему вашим делом, который поможет вам в этом процессе.

Дополнение к вашей документации: У вас есть право запросить, чтобы РАТН исправил или дополнил информацию в вашей медицинской документации, которую вы считаете нечёткой, ненужной, старой или неполной. Исправления и дополнения, которые согласованы РАТН, будут документированы в течение 60 дней после вашего письменного заявления. Однако, РАТН имеет право отказать в вашем запросе в письменной форме в течение 60 дней, если мы считаем, что ваша информация правильная или полная. У вас есть право подать апелляционную жалобу по поводу этого отказа в течение 30 дней после его получения. У вас также есть право включить письменное заявление или пометку, которая опровергнет информацию в вашей медицинской документации, которую вы считаете ошибочной или дезориентирующей. Ваше письменное заявление пометка будет сопровождать все документы; которые мы будем высылать. Чтобы использовать это право, пожалуйста, свяжитесь с управляющим вашим делом, который вам поможет в этом процессе и документации этого заявления в письменном виде.

Отчётность: У вас есть право запросить весь список вашей распространённой медицинской информации в течении 6 лет до вашего запроса, если распространение произошло после 13 апреля 2003, в день, когда РАТН стал выполнять этот закон. Это право на отчётность не включает распространение информации о лечении, оплате или медицинском уходе. У вас есть право запросить копию любого разрешения, которое вы подписали, на право распространения информации из вашей медицинской документации. Эта копия будет вам

выдана в момент, когда вы её попросите. Обычно РАТН не распространяет защищённую медицинскую информацию, за исключением условий, которые описаны в конфиденциальном сообщении (Privacy Notice), и этом случае это не будет подлежать отчётности. Однако, если вы захотите потребовать разрешённую отчётность, пожалуйста, свяжитесь с управляющим вашим делом, который вам поможет в этом процессе и/или даст вам определённую форму.

Жалобы: Вы можете использовать специальные указания РАТН по разрешению конфликтов, если у вас есть жалобы по поводу распространения вашей персональной информации. Вы также можете написать вашу жалобу секретарю государственного отдела здравоохранения гражданских прав (Secretary of the Federal Department of Health and Human Services), если вы думаете, что РАТН, его сотрудники или агенты нарушили ваши права. Ни при каких обстоятельствах РАТН не будет использовать вашу жалобу против вас. Если вы захотите оформить жалобу, пожалуйста, свяжитесь с управляющим вашим делом, который вам поможет в этом процессе и/или даст вам необходимую форму.

VII. Обязанности и обязательства РАТН

Закон требует, чтобы РАТН сохранял конфиденциальность вашей медицинской документации и информации о вашем лечении. С нас также требуют обеспечить вас информацией о ваших легальных правах и конфиденциальной практики по поводу информации, которую мы о вас собираем и храним. РАТН должен следовать законам его конфиденциального сообщения (Privacy Notice), которое существует в данный момент. РАТН изменит его конфиденциальное сообщение (Privacy Notice), если будут изменения в положениях или изменения в законе. Если РАТН изменит своё конфиденциальное сообщение (Privacy Notice), мы обеспечим всех активных участников в новом сообщении (Notice), а также вывесим его во всех наших учреждениях. РАТН сохраняет право использовать изменения до публикации исправленного конфиденциального сообщения (Privacy Notice).

BSU# _____

PATH Люди, Участвующие в помощи (People Acting to Help), Inc.

**Сообщение о конфиденциальности (Privacy Notice) по поводу
использования и распространения информации о лечении**

Моей датированной подписью ниже, я подтверждаю, что я получил(а) PATH конфиденциальное сообщение (PATH's Privacy Notice), состоящее из восьми (8) страниц, включая эту страницу подписи.

Подпись Клиента

Дата

Имя Клиента (Печатными буквами)

Свидетель

Подпись Уполномоченного Представителя

Отношения с Клиентом