

Уведомление Департамента здравоохранения и социального обслуживания (DSHS) о политике конфиденциальности в отношении медицинской информации клиента DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information Действительно с 23 сентября 2013 г.

Департамент здравоохранения и социального обслуживания (DSHS) должен уведомить Вас о Ваших правах на конфиденциальность в рамках Закона о порядке и учете предоставления медицинской информации (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA) (45 CFR 164.520). Департамент здравоохранения и социального обслуживания (DSHS) является «гибридной единицей». Не вся деятельность Департамента здравоохранения и социального обслуживания (DSHS) подпадает под действие Закона HIPAA. Под действие HIPAA подпадают только программы, перечисленные на [веб-сайте компонентов медицинского обслуживания DSHS \(Health Care Components\)](#). Это уведомление распространяется только на клиентов, которые обслуживаются в рамках программ, которые подпадают под действие Закона. Это уведомление не оказывает никакого влияния на ваше право на получение услуг DSHS.

В этом уведомлении представлена информация о том, как может использоваться и раскрываться Ваша медицинская информация, и как Вы можете получить эту информацию. Пожалуйста, прочитайте его внимательно.

Что такое защищенная медицинская информация (PHI)?

Защищенная медицинская информация (PHI) — это медицинская информация клиента, которая хранится в рамках деятельности DSHS, подпадающей под действие Закона HIPAA. Ваша защищенная медицинская информация (PHI) — это медицинская информация о Вашем состоянии здоровья или заболевании, предоставляемых Вам медицинских услугах или оплате медицинских услуг. В соответствии с законодательством, Департамент здравоохранения и социального обслуживания (DSHS) должен защищать вашу защищенную медицинскую информацию (PHI).

Какая моя защищенная медицинская информация (PHI) имеется в распоряжении DSHS?

Чтобы помочь нам оказать Вам более качественные услуги, Вам, возможно, потребуется предоставить нам медицинские данные или информацию о состоянии здоровья, в том числе, ваше место жительства, сведения о финансовом положении или медицинскую карту. Также мы можем получить из других источников вашу защищенную медицинскую информацию (PHI), необходимую для вашего обслуживания или оплаты оказываемой Вам медицинской помощи. Мы имеем доступ только к минимальному объему защищенной медицинской информации (PHI), который нужен для выполнения нашей работы. Мы можем обмениваться защищенной медицинской информацией с другими программами или лицами, если это разрешено законодательством или вами. Например, Ваша защищенная медицинская информация (PHI) может предоставляться Управлению здравоохранения (Health Care Authority) и другим поставщикам медицинских услуг и использоваться ими для координации и оплаты предоставляемых вам медицинских услуг. Мы можем обмениваться защищенной медицинской информацией (PHI) о прошлом, настоящем, будущем.

Кто имеет доступ к моей защищенной медицинской информации (PHI)?

Мы раскрываем только ту вашу защищенную медицинскую информацию (PHI), которая необходима другим учреждениям для выполнения их работы в соответствии с законодательством. Вы можете запросить список тех, кто ознакомился с вашей защищенной медицинской информацией (PHI) для каких-либо целей.

Какую защищенную медицинскую информацию (PHI) раскрывает Департамент здравоохранения и социального обслуживания (DSHS)?

Мы раскрываем защищенную медицинскую информацию (PHI) по «принципу служебной необходимости» в целях координации услуг, а также для лечения, оплаты и предоставления медицинской помощи. Например, мы можем раскрыть информацию для принятия решений в отношении следующего:

В каких случаях Департамент здравоохранения и социального обслуживания (DSHS) раскрывает защищенную медицинскую информацию (PHI)?

- Необходимость предоставления медицинского обслуживания.
- Можем ли оплатить услуги поставщиков медицинских услуг.
- Ваша правомочность на участие в программах Департамента здравоохранения и социального обслуживания (DSHS).
- Соответствие лечения, которое вы получаете от поставщиков медицинских услуг, законодательным нормам.

Могу ли я ознакомиться со своей защищенной медицинской информацией (PHI)?

Вы можете ознакомиться со своей защищенной медицинской информацией (PHI). По вашей просьбе вам предоставят копию вашей защищенной медицинской информации (PHI). DSHS имеет право взимать с вас плату за копии.

Могу ли я изменить свою защищенную медицинскую информацию (PHI)?

Если Вы считаете, что Ваша защищенная медицинская информация неверна, Вы можете попросить нас изменить ее или добавить новую защищенную медицинскую информацию. Также вы можете попросить, чтобы мы отправили все изменения в другие учреждения, которые располагают копиями вашей PHI.

Что если моя защищенная медицинская информация потребуется еще кому-либо?

Вас могут попросить подписать форму, позволяющую нам раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию, если:

- Нам нужно ваше разрешение для предоставления услуг или медицинской помощи.
- Вы хотите, чтобы мы отправили вашу защищенную медицинскую информацию в другое ведомство или поставщику услуг по причинам, не разрешенным законодательством, без вашего разрешения.
- Вы хотите, чтобы Ваша защищенная медицинская информация (PHI) была отправлена другому лицу, например, вашему адвокату, родственнику или другому представителю.

Ваше разрешение на раскрытие вашей защищенной медицинской информации будет оставаться в силе до даты, указанной вами в форме. Мы имеем право раскрывать только защищенную медицинскую информацию, которая перечислена вами. Вы можете отменить или изменить это разрешение, обратившись в письменной форме в Департамент здравоохранения и социального обслуживания (DSHS).

Уведомление Департамента здравоохранения и социального обслуживания (DSHS) о политике конфиденциальности в отношении медицинской информации клиента

Действительно с 23 сентября 2013 г.

Может ли DSHS раскрывать мою защищенную медицинскую информацию (PHI) без моего разрешения?

Департамент здравоохранения и социального обслуживания (DSHS) может раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию без Вашего разрешения в некоторых случаях. Согласно законодательству, от нас может потребоваться или нам может быть разрешено раскрыть вашу защищенную медицинскую информацию. Некоторые примеры включают в себя необходимость следующего:

- Сообщение в органы детской опеки и попечительства (Child Protective Services), полицию или другие соответствующие органы о случаях жестокого обращения или невыполнения обязанностей в отношении детей или взрослых.
- Предоставление записей согласно постановлению суда.
- Передача защищенной медицинской информации (PHI) другим ведомствам, которые занимаются проверкой деятельности Департамента здравоохранения и социального обслуживания (DSHS).
- Передача защищенной медицинской информации ведомствам, которые выдают лицензии и контролируют медицинские учреждения, такие как пансионаты для престарелых и больницы.
- Передача защищенной медицинской информации поставщикам услуг или другим ведомствам для оказания вам услуг или по мере необходимости, для определения вашего права на получение услуг или льгот.
- Передача защищенной медицинской информации опекунам или родителям несовершеннолетних.
- Использование защищенной медицинской информации для научных исследований.
- Использование или разглашение защищенной медицинской информации в чрезвычайных ситуациях или в целях помощи при ликвидации последствий стихийных бедствий.

Могу ли я наложить ограничения на передачу своей защищенной медицинской информации и как я могу это сделать?

Что такое нарушение?

Вы можете попросить нас ограничить использование и передачу вашей защищенной информации, однако мы не обязаны удовлетворять такие запросы. Вы можете также попросить нас направлять вашу защищенную медицинскую информацию в другом формате или по другому адресу.

Нарушение — это использование или разглашение вашей защищенной медицинской информации, которое запрещено в соответствии с HIPAA, включая случаи потери в результате кражи, ошибки или взлома. Мы известим вас по электронной почте в случае нарушения в отношении вашей защищенной медицинской информации в соответствии с HIPAA.

Могу ли я получить экземпляр данного уведомления?

Да. Данное уведомление предназначено для вас. Если вы получите это уведомление по электронной почте, вы можете попросить предоставить вам бумажную копию, и мы предоставим ее вам.

Что происходит, если правила обращения с защищенной медицинской информацией изменяются?

Мы обязаны соблюдать это уведомление. Мы имеем право вносить изменения в это уведомление. Если законодательство или наша политика в отношении конфиденциальности изменятся, мы вышлем вам информацию о новом уведомлении и о том, где его найти или вышлем его вам.

К кому я могу обратиться в случае возникновения вопросов по поводу данного уведомления или в отношении моих прав на защищенную медицинскую информацию?

Если у вас есть вопросы в отношении данного уведомления, вы можете обратиться к Специалисту по вопросам конфиденциальности DSHS по адресу DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov или по телефону (360) 902-8278.

Как я могу сообщить о нарушениях прав на конфиденциальность моей защищенной медицинской информации?

Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность защищенной медицинской информации нарушены, вы можете подать жалобу по адресу: The DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45115, Olympia WA 98504-5115 или по электронной почте DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov . В случае подачи вами жалобы, Департамент здравоохранения и социального обслуживания (DSHS) не внесет никаких изменений в ваши услуги и не прекратит их предоставление, и не имеет права принимать ответные меры в отношении вас.

ИЛИ

Подайте вашу жалобу он-лайн на сайте: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf или написав по адресу: Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, тел. (800) 368-1019. Все жалобы в Департамент здравоохранения и социального обслуживания должны направляться в течение 180 дней с момента заявленного нарушения конфиденциальности.



УВЕДОМЛЕНИЕ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ (DSHS) О ПОЛИТИКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ В ОТНОШЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Действительно с 23 сентября 2013 г.

Подтверждение

Acknowledgement

(Требуется, когда Департамент здравоохранения и социального обслуживания предоставляет непосредственное медицинское обслуживание)

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	ДАТА РОЖДЕНИЯ КЛИЕНТА
-----------------------	-----------------------

Я получил копию Уведомления Департамента здравоохранения и социального обслуживания (DSHS) о политике конфиденциальности и имел возможность задать вопросы о том, как DSHS будет использовать и передавать мою персональную медицинскую информацию.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА
---	------

FOR DSHS USE ONLY

To be completed if unable to obtain signature of client or personal representative.

Describe efforts made to have the client acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices (NPP):

Describe reason why acknowledgement was not obtained:

STAFF MEMBER'S NAME AND TITLE (PLEASE PRINT)	ADMINISTRATION/DIVISION
--	-------------------------

STAFF'S SIGNATURE	DATE
-------------------	------