Уведомление *о* соблюдении конфиденциальности

Дата вступления в силу: 4/2003; дата последней редакции: **9/2013**

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И СПОСОБЫ ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТУПА К НЕЙ. ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧТИТЕ ВНИМАТЕЛЬНО.

Если у вас есть какие-либо вопросы в связи с данным уведомлением, обращайтесь в **отдел по вопросам соблюдения конфиденциальности компании KentuckyOne Health по телефону 877-247-6997**

Определения

Уведомление о соблюдении конфиденциальности (Уведомление) — письменное уведомление, созданное в соответствии с требованиями Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) и Закона о применении медицинских информационных технологий в экономической деятельности и клинической практике (Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act, HITECH) и введенное в действие в рамках Закона о восстановлении и реинвестировании американской экономики (American Recovery and Reinvestment Act, ARRA) 2009 г., которое предоставляет KentuckyOne Health лицу или представителю лица во время первого оказания услуги либо во время следующего после пересмотра Уведомления визита и в котором разъясняются способы использования и раскрытия защищенной медицинской информации **KentuckyOne Health,** а также права лица и правовые обязанности KentuckyOne Health в отношении защищенной медицинской информации.

Защищенная медицинская информация (Protected Health Information, PHI) — идентифицирующая личность медицинская информация, которая передается или хранится в любой форме или на любом носителе информации, включая электронные. Защищенная медицинская информация не включает сведения о трудоустройстве, которые хранятся в **KentuckyOne Health** как у работодателя.

KentuckyOne Health, аффилированный член Catholic Health Initiatives (CHI), и другие присоединившиеся члены CHI заключили Соглашение об организованном медицинском обслуживании (Organized Health Care Arrangement, OHCA) с целью обмена медицинской информацией для осуществления совместной текущей деятельности. Полный список аффилированных членов CHI можно найти на сайте **www.catholichealthinitiatives.org** в разделе «Организации» (“Locations”). По запросу может быть предоставлена бумажная копия.CHI OHCA может использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию аффилированным членам в целях предоставления лечения, осуществления оплаты или деятельности, связанной с предоставлением медицинского обслуживания, такой как

управление интегрированной информационной системой, обмен медицинской информацией, финансовые услуги и услуги по расчетам, страхование, улучшение качества обслуживания и управление рисками.

KentuckyOne Health (Saint Joseph Hospital, Flaget Memorial Hospital, Saint Joseph Berea, Saint Joseph East, Saint Joseph Jessamine, Saint Joseph London, Saint Joseph Mount Sterling, Saint Joseph Martin, Continuing Care Hospital, Inc., Frazier Rehab Institute, Jewish Hospital, Jewish Hospital Shelbyville, Our Lady of Peace Hospital, Sts. Mary & Elizabeth Hospital, Jewish Hospital Medical Center Northeast, Jewish Hospital Medical Center East, Jewish Hospital Medical Center Meade County, Jewish Hospital Medical Center South, Jewish Hospital Medical Center Southwest, Saint Joseph Outpatient Care Center, James Graham Brown Cancer Center, University of Louisville Hospital и все врачи, работающие в KentuckyOne Health, а также организации, где они практикуют), Southern Indiana Rehab Hospital и сотрудники больниц KentuckyOne Health являются участниками OHCA для осуществления совместной текущей деятельности аналогично CHI OCHA. KentuckyOne Health OHCA может использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию аффилированным членам в целях предоставления лечения, осуществления оплаты или деятельности, связанной с предоставлением медицинского обслуживания, такой как управление интегрированной информационной системой, обмен медицинской информацией, финансовые услуги и услуги по расчетам, страхование, улучшение качества обслуживания и управление рисками. Поскольку деятельность KentuckyOne Health может со временем измениться, список текущих учреждений KentuckyOne Health можно найти по адресу www.kentuckyonehealth.org в разделе «Организации» (“Locations”).

КАКИМ ОБРАЗОМ МЫ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАСКРЫВАТЬ ВАШУ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ

Для предоставления лечения. Мы будем использовать вашу медицинскую информацию для предоставления вам медицинского лечения и обеспечения координации услуг или управления услугами совместно с другими поставщиками медицинских услуг, включая третьи стороны. Мы можем раскрывать всю или любую часть вашей медицинской информации вашему лечащему врачу, врачам-консультантам, медсестрам, лаборантам, студентам-медикам и другим сотрудникам медицинских учреждений или медицинским специалистам, которые правомочны использовать такую информацию для предоставления вам медицинского обслуживания. Различные отделы медицинского учреждения будут осуществлять обмен медицинской информацией в целях координации предоставления необходимых вам медицинских услуг, таких как назначение лекарств, лабораторные анализы и рентгенологические исследования. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию родственникам и друзьям, опекунам или личным представителям, участвующим в вашем медицинском обслуживании. Мы также можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для рассылки вам напоминаний о назначенных врачебных приемах и информации о возможных или альтернативных методах лечения, а также для оказания других услуг и предоставления медицинских льгот. Мы также можем раскрывать вашу медицинскую информацию лицам, которые не являются сотрудниками медицинского учреждения, но могут участвовать в вашем медицинском обслуживании после вашей выписки. К таким лицам могут относиться другие лечащие врачи, специализированные больницы, учреждения квалифицированного сестринского ухода и другие поставщики медицинских услуг. Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию организациям, занимающимся решением вопросов, связанных с рецептурными лекарствами, с целью получения льгот на приобретение рецептурных лекарств от плательщиков, получения сведений о ранее принимаемых вами лекарствах от различных поставщиков медицинских услуг, таких как аптеки, а также с целью передачи ваших рецептов в электронном виде в вашу аптеку.

Для обеспечения оплаты. Мы будем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для осуществления деятельности, необходимой для получения оплаты наших услуг, включая определение размера страхового покрытия, выставление счетов, оплату и сбор платежей, рассмотрение претензий и обработку медицинских данных. Например, мы можем сообщить вашему плану медицинского

обслуживания о планируемом вами лечении, чтобы получить предварительное разрешение или определить, будет ли ваш план оплачивать предлагаемое лечение. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию другим поставщикам медицинских услуг, таким как ваш личный врач и другие врачи, участвующие в вашем медицинском обслуживании, например анестезиолог, гистолог, рентгенолог или врач отделения неотложной помощи и врач скорой помощи, чтобы они могли получить плату за предоставленные вам услуги. Мы также можем предоставлять информацию другим третьим лицам и организациям, ответственным за оплату вашего медицинского обслуживания, таким как страхователь, указанный в страховом полисе, который будет получать разъяснение выплат (explanation of benefits, EOB) для всех получателей, застрахованных в плане страхователя.

Для обеспечения деятельности, связанной с медицинским обслуживанием. Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для осуществления плановой деятельности, такой как планирование и развитие бизнеса, контроль качества предоставленных услуг, внутренний аудит, аккредитация, сертификация, лицензирование и аттестация (включая лицензирование и аттестацию медицинских специалистов), медицинские исследования и обучение персонала и студентов, оценка вашей удовлетворенности нашими услугами, а также другим медицинским организациям, которые имеют отношение к вам и которым нужна такая информация для осуществления своей деятельности. Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию внешним организациям, ответственным за надзор за деятельностью медицинских учреждений, таким как Объединенная комиссия (Joint Commission), внешние службы обеспечения качества, организации по коллегиальному рассмотрению и аттестационные организации. Мы также можем раскрывать медицинскую информацию нашим деловым партнерам, которые заключили с нами контракт на предоставление услуг для нас или от нашего имени, например организациям по проведению изучения удовлетворенности пациентов обслуживанием. Мы также можем раскрывать вашу медицинскую информацию производителям медицинских устройств или фармацевтическим компаниям для обеспечения выполнения ими своих законных обязательств перед федеральными органами и органами штата.

Для обмена медицинской информацией в рамках CHI. KentuckyOne Health**,** как член CHI OHCA, участвует в системе обмена медицинской информацией CHI (Health Information Exchange, HIE). Ваша медицинская информация хранится в электронном виде, и поставщики медицинского обслуживания, которые являются сотрудниками, работают по контракту или иным образом связаны с KentuckyOne Health, и члены CHI OHCA могут получать доступ, использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию в целях предоставления лечения, осуществления оплаты или деятельности, связанной с предоставлением медицинского обслуживания.

Для обмена медицинской информацией в штате Кентукки. KentuckyOne Health участвует в электронной системе обмена медицинской информацией жителей штата (Kentucky Health Information Exchange). Как установлено законом, ваша медицинская информация будет представлена в данной системе обмена с целью обеспечения более быстрого доступа, улучшения координации медицинского обслуживания и помощи поставщикам услуг и работникам служб здравоохранения в принятии решений на основе более обширной информации.

Для справочной системы медицинского учреждения. Справочная система медицинского учреждения предназначена для того, чтобы ваши родственники, друзья и священнослужители могли вас навестить и получить общую информацию о вашем состоянии. В справочную систему медицинского учреждения могут быть включены ваши имя и фамилия, информация о вашем местонахождении в учреждении, общем состоянии здоровья (например, удовлетворительное или стабильное), а также о вашей религиозной принадлежности. Информация, содержащаяся в справочной системе, за исключением религиозной принадлежности, может быть раскрыта любым лицам, назвавшим ваше имя и фамилию. Ваши имя и фамилия и информация о вашей религиозной принадлежности могут быть сообщены представителям духовенства, например священнику или раввину, даже если они не назовут вашего имени. Вы должны уведомить отдел учета и приема пациентов (регистратуру) в устной или письменной форме, если вы не хотите, чтобы информация о вас была раскрыта в справочной системе медицинского

учреждения. Если вы не хотите, чтобы мы включали информацию о вас в справочную систему медицинского учреждения, мы не сможем сообщать представителям общественности, например службам доставки цветов или другим службам доставки, или вашим друзьям и родственникам о том, что вы находитесь здесь, и о вашем состоянии. Учреждения KentuckyOne Health, предоставляющие психиатрические услуги, могут отказаться от использования справочной системы медицинского учреждения.

Для связи в будущем. Мы можем связываться с вами путем рассылки информационных писем или другим способом с целью информирования вас о возможных вариантах лечения, медицинской информации, программах по контролю заболеваний, оздоровительных программах или других проектах или мероприятиях по месту жительства, в которых участвует наше медицинское учреждение.

Для сбора средств. Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию фонду, имеющему отношение к деятельности KentuckyOne Health по сбору средств. Данные средства будут использованы для расширения и улучшения услуг и программ, предоставляемых населению. Мы будем раскрывать только такую информацию, как ваши имя и фамилия, адрес, другая контактная информация, возраст, пол, дата рождения, статус медицинского страхования, даты получения лечения или услуг, отделение, в котором вам были предоставлены услуги и результат оказания этих услуг. Вы имеете право отказаться от предоставления данной информации. Чтобы отказаться от предоставления данной информации, отправьте электронное сообщение по адресу optout@kentuckyonehealth.orgили свяжитесь с отделом по вопросам соблюдения конфиденциальности KentuckyOne Health по телефону 877-247-6997 (звонок бесплатный).

Для исследовательских целей. Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию исследователям либо с вашего разрешения на использование и раскрытие вашей медицинской информации, либо если Экспертный совет организации (Institutional Review Board) и/или Совет по соблюдению конфиденциальности (Privacy Board) медицинской системы KentuckyOne Health утвердит отмену необходимости в получении разрешения для использования вашей медицинской информации в научном исследовании.

Для донорства органов и тканей. Если вы являетесь донором органов, мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию организациям, занимающимся обеспечением и трансплантацией органов, или донорскому банку органов для обеспечения донорства и трансплантации органов или тканей.

СЛУЧАИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ, ТРЕБУЕМЫЕ ИЛИ РАЗРЕШЕННЫЕ ЗАКОНОМ

В соответствии с требованиями федеральных и местных законов, а также законов штата мы обязаны или имеем право сообщать вашу медицинскую информацию в различных целях. Такие требования или разрешения включают следующее.

Деятельность по охране здоровья населения. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию сотрудникам органов здравоохранения для проведения мероприятий, связанных с профилактикой или контролем инфекционных заболеваний, биотерроризма, травм или инвалидности; для отчетов о смертях или рождениях; для сообщения о подозрении в жестоком или халатном обращении с ребенком, пожилым человеком или супругом (супругой); для отчетов о реакциях на лекарственные средства или проблемах с медицинскими продуктами; для предоставления информации в Центры по контролю заболеваний или в авторизованный национальный онкологический реестр либо онкологический реестр штата для агрегации данных.

Оказание помощи при стихийных бедствиях. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию организациям, оказывающим помощь в ликвидации последствий стихийных бедствий, таким как Американский Красный Крест, с тем чтобы ваша семья знала о вашем состоянии и местонахождении.

Мероприятия по надзору за деятельностью медицинских учреждений. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию организациям по надзору за деятельностью медицинских учреждений для проведения мероприятий, разрешенных законом. Среди таких организаций Центры программ Medicare и Medicaid, медицинские или медсестринские советы штата. К мероприятиям по надзору относятся аудиты, расследования, проверки и лицензирование. Данные мероприятия нужны правительству для отслеживания такой деятельности, как медицинское обслуживание и расходы на медицинское обслуживание, реализация правительственных программ, а также соблюдение законодательства о гражданских правах.

Судопроизводство или административное производство. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию в ответ на судебное или административное постановление, вызов в суд, запрос документов, гражданско-правовые или уголовные судебные процедуры или другие предусмотренные законом процедуры.

Правоохранительная деятельность. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию по требованию представителя правоохранительных органов или если мы обязаны по закону ставить в известность соответствующие правоохранительные или другие органы:

- в ответ на постановление суда, судебный запрос, судебное распоряжение, извещение о предъявленном иске или подобные юридические процедуры;
- в ограниченных случаях в отношении жертвы или смерти жертвы преступления;
- в экстренных ситуациях для сообщений о преступлении, месте или жертвах преступления или установления личности, описания или сообщения о местонахождении лица, подозреваемого в совершении преступления, включая преступления, совершаемые в нашем учреждении, такие как кража, незаконный оборот или попытки незаконного приобретения лекарственных средств.

Коронеры, судмедэксперты и начальники похоронных служб. Мы можем раскрывать медицинскую информацию коронеру или судмедэксперту. Это может потребоваться для установления личности покойного или для установления причины смерти. Мы можем раскрывать медицинскую информацию, чтобы помочь начальнику похоронной службы в исполнении его обязанностей.

Выплата компенсаций работникам. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию для обеспечения компенсационных выплат работникам или для реализации аналогичных программ с целью предоставления пособий в связи с производственными травмами или профессиональными заболеваниями, если вы сообщите нам, что ваш (и) визит (ы) оплачиваются соответствующими программами. Ваш работодатель или организация, выплачивающая компенсации работникам, могут запросить все медицинские сведения, имеющие отношение к иску о компенсационных выплатах работникам. Данные медицинские сведения могут включать подробную информацию о вашей истории болезни, сведения о принимаемых вами в настоящее время препаратах и проводимом лечении.

Для предотвращения серьезной угрозы здоровью или безопасности. При необходимости мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию для предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности другого лица или общества.

Национальная безопасность. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию сотрудникам федеральных ведомств по обеспечению национальной безопасности и защите президента и других высокопоставленных чиновников.

Военнослужащие и ветераны. Если вы служите в вооруженных силах, мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию по требованию органов военного командования. Мы также можем раскрывать медицинскую информацию об иностранных военнослужащих соответствующему иностранному военному органу.

Заключенные. Если вы находитесь в исправительном учреждении или под охраной сотрудника правоохранительных органов, мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию данному учреждению или сотруднику правоохранительных органов. Такое раскрытие необходимо для предоставления вам медицинского обслуживания данным учреждением, защиты вашего здоровья и безопасности или здоровья и безопасности других людей или для обеспечения безопасности и охраны исправительного учреждения.

ДРУГИЕ СЛУЧАИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Использование и раскрытие вашей медицинской информации в других целях, не указанных в данном уведомлении или не предусмотренных применимыми к KentuckyOne Health законами, будет осуществляться только с вашего письменного разрешения. Вы можете в любой момент в письменном виде отозвать ваше разрешение на использование или раскрытие вашей медицинской информации, которое вы предоставили нам. По получении вашего письменного отзыва мы прекратим использование или раскрытие вашей медицинской информации в целях данного разрешения. Однако мы не можем отменить раскрытие информации, уже осуществленное на основании вашего ранее предоставленного разрешения.

KentuckyOne Health будет получать ваше разрешение на использование и раскрытие вашей медицинской информации в следующих целях.

Маркетинг

KentuckyOne Health может обратиться к вам за разрешением на использование и раскрытие вашей медицинской информации в маркетинговых целях. Маркетинг — это предоставление информации о товарах и услугах, в которых вы можете быть заинтересованы. В случае получения компанией KentuckyOne Health оплаты любого рода от третьей стороны за то, чтобы компания KentuckyOne Health рекламировала вам товары или услуги, медицинская система KentuckyOne Health должна получить ваше письменное разрешение, прежде чем она сможет использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию. KentuckyOne Health не обязана получать ваше разрешение для обсуждения с вами медицинских товаров и услуг KentuckyOne Health, доступных для вашего лечения, ведения пациента или координации обслуживания либо для предписания или рекомендации альтернативных видов лечения, терапии, направления к поставщикам или в медицинские учреждения, а также для обсуждения или предложения образцов или рекламных подарков номинальной стоимости в индивидуальном порядке.

Вы имеете право отозвать ваше разрешение на использование информации в маркетинговых целях, и KentuckyOne Health удовлетворит ваше требование. Чтобы отказаться от предоставления данной информации, отправьте электронное сообщение по адресу optout@kentuckyonehealth.orgили свяжитесь с отделом по вопросам соблюдения конфиденциальности KentuckyOne Health по телефону 877-247-6997 (звонок бесплатный).

Записи психотерапевта

Записи психотерапевта — это заметки, сделанные специалистом в области психиатрии, документирующие или анализирующие содержание разговора во время частной или групповой, совместной или семейной консультации. Если записи психотерапевта хранятся отдельно от

остальной медицинской информации, они не могут быть использованы или раскрыты без вашего письменного разрешения, если иное не предусмотрено законом.

Продажа защищенной медицинской информации
KentuckyOne Health обязана получать ваше разрешение на раскрытие информации, за которую прямо или косвенно медицинской системе KentuckyOne Health выплачивается вознаграждение в обмен на информацию.

ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Вы имеете следующие права в отношении вашей медицинской информации.

Право на проверку и копирование. Вы имеете право на проверку и получение копии вашей медицинской информации, сведений о счетах или других данных, которые могут использоваться для принятия решений о вашем медицинском обслуживании. Право на проверку и получение копий медицинской информации не применяется к записям психотерапевта, которые хранятся отдельно от медицинской информации.

Вы должны подать запрос на проверку и получение копий вашей медицинской информации в письменном виде. При удовлетворении запросов на выдачу документов мы можем взимать плату за копирование, почтовые расходы или вспомогательные материалы**.** Вы имеете право подать запрос на получение копии вашей медицинской информации в электронном формате. KentuckyOne Health предоставит копию вашей медицинской информации в запрашиваемом вами виде и формате при наличии или во взаимно согласованном виде и формате.
В ограниченных случаях мы можем отклонить ваш запрос на проверку или получение копий медицинской информации. Если вам отказали в доступе к вашей медицинской информации, вы можете подать запрос на пересмотр такого отказа. Ваш запрос и отказ будет рассмотрен другим лицензированным медицинским работником, назначенным KentuckyOne Health. Лицо, отклонившее ваш запрос, не может проводить его рассмотрение. Мы приведем в исполнение решение по результатам данного рассмотрения. Запросы на проверку или получение копий медицинской информации необходимо предоставить в отдел медицинской документации соответствующего учреждения KentuckyOne Health. Для подачи запросов в кабинет врача обращайтесь к руководителю практики данного кабинета врача.

Право на внесение изменений. Вы имеете право подать запрос на внесение изменений в вашу медицинскую информацию, если вы считаете ее неверной или неполной.

Подайте свой запрос в письменном виде, используя форму «Заявление на внесение изменений в PHI» (“Request for Amendment to PHI”) и отправьте ее в отдел медицинской документации соответствующего учреждения KentuckyOne Health. Для подачи запросов в кабинет врача обращайтесь к руководителю практики данного кабинета врача.

Мы можем отклонить ваш запрос на внесение изменений, если он подан не в письменном виде или не содержит обосновывающей его причины. Мы также можем отклонить ваш запрос, если вы просите нас внести изменения в информацию в следующих случаях:

- Информация не была создана KentuckyOne Health, за исключением случаев, когда лицо или организация, создавшие информацию, больше не могут вносить изменения.
- Информация не является частью медицинской информации, хранящейся в компании KentuckyOne Health или для нее.

- Информация не является частью информации, которую вам могут предоставить для ознакомления и копирования.
- Информация является верной и полной.

Право на учет случаев раскрытия информации. Мы обязаны вести учет случаев раскрытия вашей медицинской информации. Однако мы не обязаны вести список случаев раскрытия вашей медицинской информации, которое мы осуществляли с вашего письменного разрешения. Вы имеете право требовать учета случаев раскрытия вашей информации, осуществляемого без вашего письменного разрешения.

Подайте свой запрос в письменном виде, используя форму «Заявление на учет случаев раскрытия PHI» ("Request for Accounting of Disclosures of PHI") и отправьте ее в отдел медицинской документации соответствующего учреждения KentuckyOne Health. Для подачи запросов в кабинет врача обращайтесь к руководителю практики данного кабинета врача. В заявлении должен быть указан период не более шести месяцев от даты подачи запроса. Первый список, запрошенный в течение 12-месячного периода, будет предоставлен вам бесплатно. За предоставление дополнительных списков мы можем взимать определенную плату. Мы сообщим вам сумму расходов, и вы сможете аннулировать или изменить ваш запрос до того, как эти расходы будут понесены.

Право на требование ограничений. Вы имеете право потребовать ограничения объема вашей медицинской информации, которую мы используем или раскрываем для обеспечения лечения, оплаты или деятельности, связанной с медицинским обслуживанием. Вы также имеете право потребовать ограничения объема вашей медицинской информации, раскрываемой лицам, участвующим в вашем медицинском обслуживании или оплате, например члену семьи или другу.

Мы не обязаны выполнять ваше требование. Однако если мы на это согласимся, мы выполним ваше требование, за исключением случаев, когда данная информация необходима для предоставления неотложного лечения.

Вы имеете право ограничить объем вашей медицинской информации, раскрываемой вашему плану медицинского обслуживания относительно определенного аспекта медицинского обслуживания или услуги, за которые вы или кто-либо другой от вашего имени (кроме плана медицинского обслуживания) заплатил полную стоимость. Мы обязаны выполнить ваше требование в отношении данного типа ограничения. Например, если вы получили консультацию психолога и оплатили полную стоимость услуг, вместо того чтобы представить расходы плану медицинского обслуживания, вы можете потребовать, чтобы ваша медицинская информация, имеющая отношение к консультации, не раскрывалась вашему плану медицинского обслуживания.

Подайте заявление в письменном виде или заполните форму «Заявление на ограничение использования и раскрытия защищенной медицинской информации» ("Request for Restrictions to Use or Disclose Protected Health Information"), отправив ее в отдел выписки счетов во время записи на прием или регистрации с целью установления ограничений в отношении платежной информации или в отдел управления информацией для установления других ограничений. Для подачи запросов в кабинет врача обращайтесь к руководителю практики данного кабинета врача. Вы должны указать информацию, на которую вы хотите наложить ограничение, указать, хотите ли вы ограничить только ее использование, только ее раскрытие или и то и другое, а также лиц, на которых должно распространяться ограничение.

Право на конфиденциальность связи. Вы имеете право требовать, чтобы мы связывались с вами относительно вопросов медицинского обслуживания определенным образом или в определенном месте. К примеру, вы можете попросить, чтобы мы не связывались с вами дома, а только на работе, или связывались с вами по почте, а не по телефону. В вашем запросе должно быть указано, как и где мы должны с вами связываться. Указывать причину данного запроса не требуется. Мы выполним все обоснованные просьбы. Подайте свой запрос в письменном виде или заполните форму «Заявление на конфиденциальную связь» ("Confidential Communications Request") , отправив ее в отдел учета и приема

пациентов (регистратуру). Для подачи запросов в кабинет врача обращайтесь к руководителю практики данного кабинета врача.

Право на получение уведомления о нарушении конфиденциальности. Вы имеете право получать письменное уведомление, если KentuckyOne Health выявит нарушение правил использования вашей защищенной медицинской информации. Нарушение означает получение доступа, использование или раскрытие защищенной медицинской информации, которое ставит под угрозу безопасность и конфиденциальность информации.

Право на получение бумажной копии данного Уведомления. Вы имеете право получить бумажную копию данного уведомления. Если вы согласились получить данное уведомление в электронном виде, у вас остается право на получение его бумажной копии. Вы можете в любое время попросить бумажную копию данного уведомления.

Для получения бумажной копии данного уведомления обратитесь в отдел учета и приема пациентов (регистратуру). Вы также можете получить копию данного уведомления на нашем веб-сайте www.kentuckyonehealth.org.

ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

Мы оставляем за собой право вносить изменения в данное уведомление. Мы оставляем за собой право придавать юридическую силу пересмотренному или измененному уведомлению в отношении вашей медицинской информации, которой мы владеем на данный момент, и в отношении любой информации, которую мы можем получить в будущем. Мы разместим копию текущего уведомления в нашем учреждении и на нашем веб-сайте (если применимо) www.kentuckyonehealth.org. В данном уведомлении должна быть указана дата вступления в силу. При первоначальной регистрации или поступлении в медицинское учреждение для лечения или получения стационарного или амбулаторного медицинского обслуживания мы предложим вам копию действующего на настоящий момент уведомления. Каждый раз после внесения изменений в уведомление оно будет предоставлено вам по вашему запросу.

ЖАЛОБЫ

Если вы считаете, что мы не соблюдаем наши правила использования конфиденциальной информации, вы можете подать жалобу нам или секретарю Министерства здравоохранения и социального обеспечения.

Жалобу можно подать, обратившись в **отдел по вопросам соблюдения конфиденциальности KentuckyOne Health по тел. 877-247-6997 либо по адресу:**

Attention: Privacy Officer
Corporate Responsibility Office
KentuckyOne Health
200 Abraham Flexner Way,
Louisville, KY 40202.

Если вы подадите жалобу, мы не будем предпринимать какие-либо меры воздействия в отношении вас или вносить какие-либо изменения в ваше лечение.