



УВЕДОМЛЕНИЕ АГЕНТСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОКРУГА ЛОС-АНДЖЕЛЕС О ПРАКТИКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ ОПИСЫВАЕТ, КАК МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВАС МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И РАСКРЫТА И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С НИМ.

Дата вступления в силу: 30 мая 2017 года

КТО БУДЕТ СЛЕДОВАТЬ ЭТОМУ УВЕДОМЛЕНИЮ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В данном Уведомлении описывается практика обеспечения конфиденциальности, которой придерживаются сотрудники Департамента здравоохранения, психического здоровья и общественного здравоохранения округа Лос-Анджелес, которые в совокупности именуется Агентством здравоохранения (Агентство). В состав рабочей силы входят врачи, медсестры, резиденты, терапевты, ведущие дела, студенты, волонтеры и другой медицинский персонал, который помогает с вашим лечением в учреждении Агентства.

НАШЕ ПОРУЧИТЕЛЬСТВО ОТНОСИТЕЛЬНО ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

- Сохраняйте свою медицинскую документацию и медицинскую информацию, также известную как «защищенная медицинская информация», конфиденциально и безопасно.
- Предоставить вам это Уведомление, в котором разъясняются ваши права и наши юридические обязанности в отношении вашей медицинской информации.
- Рассказать вам о нашей политике конфиденциальности и следовать условиям настоящего Уведомления.
- Уведомлять вас о нарушении конфиденциальности вашей медицинской информации.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

В следующих категориях описаны различные способы, которыми мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию без получения вашего разрешения. Для каждой категории использования или раскрытия мы объясним, что мы имеем в виду, и попытаемся привести несколько примеров. Не каждое использование или раскрытие в категории перечислены. Однако все способы, которыми мы можем использовать и раскрывать информацию, подпадают под одну

из категорий.

Лечение: Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для оказания вам медицинской помощи и соответствующих услуг. Мы можем передавать вашу медицинскую информацию врачам, медицинскому персоналу, консультантам, лечащему персоналу, клеркам, вспомогательному персоналу и другому медицинскому персоналу, который занимается вашим лечением. Мы также можем поделиться информацией о вашем здоровье с лицами, обеспечивающие лечение для вашего будущего ухода по другим причинам. Кроме того, мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию в случае чрезвычайной ситуации.

Оплата: Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для выставления счетов и получения оплаты за лечение и услуги, которые вы получаете. В целях выставления счетов и оплаты мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию источнику оплаты, включая страховую компанию или компанию по оказанию управляемого медицинского обслуживания, Medicare, Medicaid или другого стороннего плательщика. Например, мы можем предоставить вашему плану медицинского страхования информацию о полученном вами лечении, чтобы ваш план медицинского обслуживания заплатил нам или возместил нам стоимость лечения, или мы можем связаться с вашим планом медицинского страхования, чтобы подтвердить ваше покрытие или запросить предварительное разрешение на предлагаемое лечение.

Операции по здравоохранению: Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию в коммерческих целях Агентства, таких как меры по обеспечению качества и улучшению, анализ компетентности и квалификации медицинских работников, медицинское обследование, юридические услуги, аудиторские функции и общие административные цели. Например, мы можем использовать вашу медицинскую информацию для проверки нашего лечения и услуг, а также для оценки эффективности работы нашего персонала по уходу за вами. Мы можем объединить медицинскую информацию о наших пациентах, чтобы решить, какие дополнительные услуги должно предлагать Агентство или эффективны ли новые методы лечения. Закон может потребовать, чтобы мы передавали вашу медицинскую информацию представителям федеральных и государственных регулирующих органов, которые контролируют нашу деятельность.

Бизнес Ассоциации: мы можем передавать вашу медицинскую информацию нашим бизнес-партнерам, чтобы они могли выполнять работу, которую мы им предложили. Некоторые услуги, предоставляемые нашими деловыми партнерами, включают услуги по выставлению счетов, компании, занимающиеся хранением документации, или юридические или бухгалтерские консультанты. Чтобы защитить вашу медицинскую информацию, мы заключили контракты с нашими деловыми партнерами, требуя, чтобы они защищали вашу информацию.

Обмен медицинской информацией: Мы, наряду с другими поставщиками медицинских услуг в районе Лос-Анджелеса, можем участвовать в одном или нескольких медицинских информационных обменах (HIE). HIE - это общепубличная информационная система, используемая участвующими

Los Angeles County Health Agency
Notice of Privacy Practices

поставщиками медицинских услуг для обмена медицинской информацией о вас в целях лечения. Если вам требуется лечение от поставщика медицинских услуг, который участвует в одном из этих обменов, у которого нет ваших медицинских записей или медицинской информации, этот поставщик медицинских услуг может использовать систему для сбора вашей медицинской информации для лечения вас. Например, он или она может пройти лабораторные или другие анализы, которые уже были проведены, или узнать о лечении (ях), которое вы уже получили. Мы включим информацию о вашем здоровье в эту систему. Если вы предпочитаете, чтобы ваша информация не передавалась в НІЕ (отказ от участия) или ранее вы отказались от участия в НІЕ, и вы хотели бы поделиться вашей информацией с НІЕ (отказаться от участия), пожалуйста, сообщите об этом сотрудникам регистрации или в офис компании. В учреждении, где вы получаете медицинское обслуживание, персонал может помочь вам изменить ваши предпочтения, используя форму изменения статуса совместного использования НІЕ.

Каталог больниц: В наших больницах имеется справочник, в котором перечислены пациенты, поступившие в больницу, чтобы родственники и друзья могли позвонить вам или посетить вас, чтобы вы могли получать почту. Если вы не возражаете, мы включим ваше имя, местонахождение в больнице, общее состояние (например, удовлетворительное, стабильное, критическое и т. Д.) И религиозную принадлежность в справочнике больницы. Справочная информация, за исключением религиозной принадлежности, будет передана людям, которые обращаются к вам по имени, если только вы не попросили нас не включать вас или ограничивать эту информацию. Предоставление вашей религиозной принадлежности - ваш выбор. Если вы решите предоставить нам эту информацию, она может быть передана члену духовенства, например священнику или раввину, даже если они не обращаются к вам по имени.

Назначение Напоминания: Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, чтобы связываться с вами в качестве напоминания о том, что у вас назначена встреча на одном из наших учреждений по обычной почте (по почте), по телефону, электронной почте или посредством текстовых сообщений.

Обсудите с Вами лечение, альтернативы и другие связанные со здоровьем

льготы и услуги: Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, чтобы сообщать вам о состоянии вашего здоровья или рекомендовать возможные варианты лечения или альтернативы. Мы можем рассказать вам о связанных со здоровьем льготах, классах медицинского обслуживания или услугах (таких как право на получение льгот Medicaid или Social Security), которые могут вас заинтересовать.

Лицам, участвующим в вашем лечении или оплате вашего обслуживания: Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию члену семьи, родственнику, близкому другу или другому лицу, участвующему в вашем медицинском обслуживании или оплате вашего медицинского обслуживания, если мы получим ваше устное соглашение или если мы дадим вам возможность возразить против такого раскрытия, и вы не возражаете. Если вы не можете согласиться или возразить в то время, когда мы даем вам возможность сделать это, мы можем решить, что в ваших интересах, исходя из нашего профессионального суждения, делиться вашей медицинской информацией, например, если вы недееспособны или во время

чрезвычайной ситуации.

Цели ликвидации последствий стихийных бедствий: Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию организации, оказывающей помощь в оказании помощи при бедствиях, чтобы ваша семья могла быть уведомлена о вашем состоянии, статусе и местонахождении. Мы дадим вам возможность согласиться с этим раскрытием или возразить против этого раскрытия, если только мы не решим, что нам нужно раскрывать вашу медицинскую информацию, чтобы реагировать на чрезвычайные обстоятельства.

Цели общественного здравоохранения: Мы можем раскрывать информацию о вашем здоровье для целей общественного здравоохранения. Эти действия обычно включают следующее:

- для предотвращения или контроля заболеваний, травм или инвалидности;
- сообщать о рождении и смерти;
- сообщать о жестоком обращении с детьми или безнадзорности;
- сообщать о реакциях на лекарства или проблемах с продуктами;
- уведомлять людей об отзыве продуктов, которые они могут использовать;
- Уведомить лицо, которое могло быть подвержено заболеванию или подвергаться риску заражения или распространения заболевания или состояния;
- Уведомить соответствующий государственный орган, если мы считаем, что вы стали жертвой жестокого обращения, отсутствия заботы или домашнего насилия.

Для целей контроля за состоянием здоровья: мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию органам медицинского надзора в целях, разрешенных законодательством. Например, мы можем передавать вашу медицинскую информацию для проведения проверок, расследований, проверок, аккредитации, лицензирования и дисциплинарных мер.

Исследование: Ваша медицинская информация может быть предоставлена исследователю, если вы разрешите использование вашей медицинской информации в исследовательских целях. В некоторых ситуациях мы можем раскрыть вашу информацию исследователям, готовящим протокол исследования, или если наш Комитет Совета по надзору за учреждениями (IRB) решит, что разрешение не требуется. Комитет IRB отвечает за обеспечение защиты людей в исследованиях. Мы также можем предоставлять ограниченную медицинскую информацию о вас (не включая ваше имя, адрес или другие прямые идентификаторы) для исследований, общественного здравоохранения или операций здравоохранения, но только в том случае, если лицо или организация, получившая информацию, подписывает соглашение о защите информации и не использовать его, чтобы идентифицировать вас.

Судебные и административные процедуры: Если вы вовлечены в судебный процесс или спор, мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию в ответ на судебный или административный приказ. Мы также можем раскрыть вашу медицинскую информацию в ответ на повестку в суд, запрос об обнаружении или другую юридическую процедуру, совершенную кем-либо еще, участвующим в споре,

Los Angeles County Health Agency
Notice of Privacy Practices

но только в том случае, если были предприняты попытки сообщить вам о запросе (который может включать письменное уведомление для вас) или получить заказ, защищающий запрашиваемую медицинскую информацию.

Правоохранительные органы: Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию правоохранительным органам:

- Если полиция доставит вас в больницу и документально подтвердит наличие неотложных обстоятельств для проверки вашей крови на алкоголь или токсикоманию; или же
- Если полиция представит действительный ордер на обыск; или же
- Если полиция представит действительный судебный приказ; или же
- Сообщать о злоупотреблениях, пренебрежении или нападениях, как того требует или разрешено законом; или же
- Сообщать об определенных угрозах третьим лицам или преступлениях, совершенных в помещениях; или же
- Идентифицировать или установить местонахождение подозреваемого, беглеца, материального свидетеля или пропавшего без вести лица, если это требуется или разрешено законом; или же
- Чтобы сообщить о своем увольнении, если вы были невольно задержаны после того, как сотрудник по поддержанию мира инициировал 72-часовую задержку для психиатрической экспертизы и потребовал уведомления.

Донорство органов и тканей: Если вы являетесь донором органов, мы можем предоставить вашу медицинскую информацию организации, занимающейся донорством органов и тканей.

Коронеры, медицинские эксперты, директора похоронных бюро и информация об умерших: Если этого требует закон, ваша медицинская информация может быть передана коронеру или медицинскому эксперту. Это может быть необходимо, например, для идентификации умершего человека или определения причины смерти. Мы также можем предоставлять ограниченную медицинскую информацию в похоронное бюро. Мы также можем предоставлять медицинскую информацию о здоровье членам семьи, которое имеет отношение к делу, или друзьям умершего лица, если они участвовали в уходе за лицом или оплачивали его лечение до смерти. Однако мы не будем этого делать, если медицинская информация не имеет отношения к их участию или если нам известно, что умерший не хотел бы, чтобы мы передавали такую информацию.

Чтобы предотвратить серьезную угрозу здоровью или безопасности: Мы можем использовать и раскрывать определенную информацию о вас, когда это необходимо, чтобы предотвратить серьезную угрозу вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности других людей. Однако любое такое раскрытие будет осуществляться только в той степени, которая требуется или разрешена федеральными, штатными или местными законами и правилами.

Военнослужащие: Если вы являетесь военнослужащим, мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию в соответствии с требованиями военных властей или Департамента по делам ветеранов.

Специализированные государственные функции и национальная

безопасность: Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию федеральным должностным лицам для проведения законных разведывательных, контрразведывательных и других действий в области национальной безопасности, разрешенных законом. Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию федеральным должностным лицам, которые обеспечивают защиту Президента, других людей или глав иностранных государств, или проводят расследование.

Компенсация рабочим: Мы можем раскрывать информацию о вашем здоровье в соответствии с законами о компенсациях работникам или соответствующими программами. Например, мы можем передать вашу медицинскую информацию о травме или заболевании, связанном с работой, администраторам претензий, страховым компаниям и другим лицам, ответственным за оценку вашего требования о компенсационных выплатах работникам.

Как требуется по закону: Мы будем раскрывать информацию о вашем здоровье, когда это требуется федеральным, государственным или местным законодательством. Например, закон требует от нас сообщать об определенных видах травм.

Уведомление о нарушении: Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, чтобы сообщить вам в случае, если был незаконный или несанкционированный доступ к вашей медицинской информации, например, когда кто-то, у кого нет разрешения на просмотр вашей медицинской информации, просматривает вашу информацию или ваша медицинская информация случайно оказалась потерянной или украденной. Мы также будем сообщать о таких случаях государственным и федеральным властям, и для этого может потребоваться информация о вашем здоровье. Если это произойдет, мы отправим вам письменное уведомление по первоклассной почте на ваш последний известный адрес.

Специальные правила раскрытия психиатрической информации.

злоупотребления психоактивными веществами и информации о ВИЧ: Для раскрытия медицинской информации о психиатрических состояниях, злоупотреблении психоактивными веществами или тестировании и лечении в связи с ВИЧ могут применяться специальные правила. Как правило, медицинская информация, касающаяся лечения психиатрических состояний, токсикомании или тестирования и лечения в связи с ВИЧ, не может быть разглашена без вашего разрешения или постановления суда. Есть исключения из этого общего правила. Например, результаты теста на ВИЧ могут быть переданы вашему провайдеру медицинских услуг без письменного разрешения.

Заклученные: Если вы являетесь заключенным или находитесь под стражей сотрудника правоохранительных органов, мы можем передать вашу медицинскую информацию исправительному учреждению или сотруднику правоохранительных органов. Этот выпуск необходим для того, чтобы учреждение оказывало вам медицинскую помощь, а также для обеспечения безопасности и охраны исправительного учреждения.

Сбор средств: Мы можем использовать информацию о вас, чтобы связаться с вами, чтобы собрать деньги для наших больниц или клиник. Мы ограничиваем любую

Los Angeles County Health Agency
Notice of Privacy Practices

информацию, которую мы предоставляем о вас, такую как ваше имя, адрес и номер телефона, а также даты, когда вы получали лечение или услуги в наших учреждениях. Например, мы можем отправить вам письмо с вопросом, хотите ли вы сделать пожертвование. Вы можете не связываться с нами для сбора средств. Если мы отправим вам информацию о наших усилиях по сбору средств, мы предоставим вам простой способ попросить нас не связываться с вами в будущем для наших усилий по сбору средств.

ДРУГИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ

За исключением случаев, описанных в данном Уведомлении или разрешенных законодательством штата или федеральным законом, мы не будем использовать или передавать вашу медицинскую информацию без вашего письменного разрешения. Например, мы не можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию в маркетинговых целях или продавать вашу медицинскую информацию без вашего письменного разрешения. Если вы подпишете разрешение и позже передумаете, вы можете сообщить нам об этом в письменном виде. Это остановит любое использование и раскрытие вашей информации в будущем, но не потребует от нас забирать любую информацию, которую мы уже раскрыли.

ВАШИ ПРАВА ОБ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ

У вас есть следующие права в отношении вашей медицинской информации, которые вы можете использовать, отправив запрос в учреждение, где вы получаете медицинское обслуживание. Для вашего удобства соответствующие формы можно найти на наших веб-сайтах по адресу: dhs.lacounty.gov, dmh.lacounty.gov or publichealth.lacounty.gov.

Право требовать ограничения вашей медицинской информации: Вы имеете право попросить нас соблюдать особые ограничения при использовании или предоставлении вашей медицинской информации для лечения, оплаты или операций по оказанию медицинской помощи. Вы также можете попросить об ограничении записей, которые мы выдаем кому-то, кто участвует в вашем лечении или оплате вашего медицинского обслуживания. Например, вы можете попросить нас не предоставлять определенную информацию вашему супругу.

Мы не обязаны соглашаться с вашим запросом и сообщим вам, если мы не сможем удовлетворить ваш запрос. Однако, если мы согласимся, мы будем соблюдать, если только медицинская информация не потребуется для оказания вам неотложной помощи. Если мы передадим информацию о вашем ограниченном медицинском обслуживании провайдеру медицинских услуг для оказания неотложной медицинской помощи, мы попросим провайдера медицинских услуг не использовать и не раскрывать эту информацию.

Право запрашивать ограничения при полной оплате наличными: вы имеете право запросить ограничение на раскрытие вашей медицинской информации в плане медицинского обслуживания для целей оплаты или операций медицинского обслуживания, если вы или кто-либо другой заплатил расточительно, в полном объеме, для медицинского пункта или услуги. Мы должны согласиться с вашим запросом, если только закон не требует от нас предоставления вашей информации.

Los Angeles County Health Agency
Notice of Privacy Practices

Если вы полностью заплатили из своего кармана за предмет или услугу здравоохранения и хотите запросить это специальное ограничение, вы должны подать письменный запрос в учреждение, где вы получаете медицинское обслуживание.

Право выбирать кого-то, кто будет действовать от вашего имени: если вы дали кому-либо медицинскую доверенность или если кто-то является вашим законным опекуном, этот человек может воспользоваться вашими правами и сделать выбор в отношении вашей медицинской информации. Прежде чем предпринимать какие-либо действия, мы позаботимся о том, чтобы этот человек имел соответствующие полномочия.

Право на получение конфиденциальной информации: Вы имеете право попросить нас сообщить вам о ваших назначениях или о других вопросах, связанных с вашим лечением особым образом (например, только звонить вам на работу). Вы должны указать, как и где мы можем связаться с вами. Мы удовлетворим все разумные запросы.

Право на доступ, проверку и копирование вашей медицинской информации: За некоторыми исключениями, такими как записи, рассматриваемые как записи психотерапии, вы имеете право просматривать и получать копии медицинских карт, которыми мы располагаем. Для проверки и копирования вашей медицинской документации вы должны подать письменный запрос в учреждение, где вы получаете медицинское обслуживание. Если вы запрашиваете копию вашей медицинской карты, мы можем взимать плату за копирование, почтовые отправления или расходные материалы, связанные с вашим запросом. Если мы отклоним ваш запрос, мы предоставим вам письменное решение.

Право вносить изменения в вашу медицинскую информацию: Если вы считаете, что медицинская информация, содержащаяся в вашей медицинской карте, неверна или неполна, вы можете попросить нас исправить или обновить информацию. Вы имеете право потребовать внесения изменений, пока мы храним медицинскую информацию. Чтобы запросить поправку, вы должны подать письменный запрос в учреждение, где вы получаете медицинское обслуживание. Вы должны указать, почему вы считаете, что ваша медицинская информация неверна или неполна. В некоторых случаях мы можем отклонить ваш запрос на внесение изменений. Если мы отклоним ваш запрос, мы предоставим вам письменную причину.

Право на получение учета раскрытия медицинской информации: У вас есть право запросить учет некоторых случаев раскрытия информации о вашем здоровье, сделанных Агентством. Это список раскрываемой нами информации о вашем здоровье, за исключением нашего собственного использования для лечения, оплаты и медицинского обслуживания. Чтобы запросить учет раскрытия, вы должны указать период времени, но не более шести лет. Первый учет в течение двенадцати месяцев является бесплатным. Мы можем взимать с вас плату за каждый будущий запрос. Перед обработкой вашего запроса мы сообщим вам стоимость, чтобы вы могли изменить или отозвать ваш запрос.

Право на получение бумажной копии уведомления: Вы имеете право в любое время получить бумажную копию этого Уведомления, даже если вы уже получили

копию или согласились получать это Уведомление в электронном виде. Вы можете получить бумажную копию этого Уведомления в учреждении, где вы получаете медицинское обслуживание. Электронная копия этого Уведомления также доступна на наших веб-сайтах: dhs.lacounty.gov, dmh.lacounty.gov or publichealth.lacounty.gov.

ИЗМЕНЕНИЯ В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ

Мы можем изменить это Уведомление, когда закон или наша практика изменятся. Мы оставляем за собой право сделать пересмотренное или измененное Уведомление эффективным для имеющейся у нас медицинской информации о вас, а также любой информации, которую мы получим в будущем. Вы не будете автоматически получать новое уведомление. Если мы изменим это Уведомление, мы опубликуем пересмотренное Уведомление на наших объектах и на вышеупомянутых веб-сайтах. Вы также можете получить любое исправленное Уведомление в учреждении, где вы получаете медицинское обслуживание.

КАК ПОДАВАТЬ ЖАЛОБУ

Если вы считаете, что ваши права на неприкосновенность частной жизни были нарушены нами, вы можете подать жалобу в учреждение, где вы получаете медицинское обслуживание, или в любое из перечисленных ниже отделений. Закон запрещает месть физическим лицам за подачу жалобы.

County of Los Angeles
Department of Health Services
Privacy Officer
313 N. Figueroa Street, Room 703
Los Angeles, CA 90012
(800) 711-5366

County of Los Angeles
Department of Public Health
Privacy Officer
1000 S. Fremont Ave.
A9E, 5th Floor - South
Alhambra, CA 91803
(888) 228-9064

County of Los Angeles
Department of Mental Health
Director of Patients' Rights Office 550
South Vermont Avenue
Los Angeles, CA 90020
(800) 700-9996

Вы также можете подать жалобу в Отдел гражданских прав Министерства здравоохранения и социальных служб США по телефону (800) 368-1019 (TDD: 800-537-7697) или отправив письмо по адресу:

Region IX, Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services 90
7th St. Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Вы также можете подать жалобу по этой ссылке:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/