



**Приложение 1: Уведомление о порядке обеспечения конфиденциальности информации (русский)**

Дата вступления в силу: 4/1/2025

**Уведомление о порядке обеспечения конфиденциальности информации в системе здравоохранения округа Санта-Клара**

**Отдел услуг поведенческого здоровья, учреждения здравоохранения Santa Clara Valley (патронажные услуги здравоохранения, больница O'Connor Hospital, медицинский центр Regional Medical Center, больница и клиники Santa Clara Valley Medical Center и больница St. Louise Regional Hospital), план медицинского страхования Valley Health Plan, части отдела общественного здравоохранения и части Управления субсидированного жилья**

*В этом уведомлении описано:*

**КАК МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАЗГЛАШАТЬСЯ ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

**КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ НА НАРУШЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИЛИ БЕЗОПАСНОСТИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ИЛИ ВАШИХ ПРАВ В ОТНОШЕНИИ ВАШЕЙ ИНФОРМАЦИИ**

**В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАК МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАЗГЛАШАТЬСЯ ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ, И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ ЕГО.**

Вы имеете право на получение копии настоящего уведомления. Если у вас возникли вопросы по поводу данного уведомления, пожалуйста, свяжитесь с отделом этики, конфиденциальности и соблюдения требований по телефону 408-885-3794 или по электронной почте [complianceofficer@hhs.sccgov.org](mailto:complianceofficer@hhs.sccgov.org).

### **КТО БУДЕТ СОБЛЮДАТЬ ПРАВИЛА, ПРЕДУСМОТРЕННЫЕ ЭТИМ УВЕДОМЛЕНИЕМ**

Система здравоохранения округа Санта-Клара (CSCHS) - это комплексная система социального обеспечения и здравоохранения, принадлежащая и управляемая округом Санта-Клара (далее - "округ"). В настоящем уведомлении мы используем термины «мы», «нас» и «наш» для описания CSCHS. В состав CSCHS входят несколько департаментов округа, часть из которых является частью подпадающей под действие закона организации, назначенной округом в соответствии с Законом о преемственности и подотчетности медицинского страхования от 1996 года, Публичный закон 104-191 («HIPAA»). Подпадаемая под действие этого закона организация состоит из следующих отделов: медицинский центр, больницы и клиники Santa Clara Valley Medical Center Hospital and Clinics, больница O'Connor Hospital, медицинский центр Regional Medical Center, больница St. Louise Regional Hospital, отдел услуг поведенческого здоровья, части отдела общественного здравоохранения, патронажные услуги здравоохранения, а также план медицинского страхования Valley Health Plan. К вашей медицинской информации могут иметь доступ такие сотрудники CSCHS, как врачи, профессиональные работники учреждений CSCHS, другие лица, уполномоченные вносить информацию в медицинскую карту учреждения CSCHS, волонтеры или лица, работающие с нами в других качествах. Отделы CSCHS обмениваются друг с другом медицинской информацией пациентов в целях обеспечения комплексного обслуживания, координации направлений и услуг для пациентов CSCHS, административного надзора, выставления счетов и соблюдения требований, анализа и оценки услуг, предоставляемых отделами CSCHS, а также для ввода данных в интегрированную электронную медицинскую карту CSCHS и ее ведения. Если вы получаете медицинское обслуживание в одном из отделов CSCHS, ваша медицинская информация, информация о психическом здоровье, лечении наркомании и алкоголизма, а также другая информация может передаваться между подразделениями CSCHS в соответствии с законом.

### **ЧТО ТАКОЕ ЗАЩИЩЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ?**

Защищенная медицинская информация или "PHI": Любая индивидуально идентифицируемая медицинская информация, включая демографическую информацию, данные о вашем прошлом, настоящем или будущем физическом или психическом здоровье или состоянии, получаемых вами медицинских услугах, а также о прошлой, настоящей или будущей оплате вашего медицинского обслуживания. Демографическая информация - это такие данные, как ваше ФИО, номер социального страхования, адрес и дата рождения. PHI также включает

данные о расовой/этнической принадлежности, языке, гендерной идентичности, сексуальной ориентации и местоимениях.

PHI может быть в устной, письменной или электронной форме. Примерами PHI являются ваша медицинская карта, история болезни, информация о зачислении или исключении из плана, а также переписка между вами и вашим поставщиком медицинских услуг по поводу вашего лечения. Если ваша PHI деидентифицирована в соответствии со стандартами HIPAA, она больше не является PHI.

### **НАШЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВО В ОТНОШЕНИИ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

CSCHS обязуется защищать конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации, включая сведения о психическом здоровье и лечении наркомании. По закону мы обязаны сохранять конфиденциальность вашей PHI и уведомлять вас о наших юридических обязанностях и порядке обеспечения конфиденциальности вашей PHI. Мы обязаны действовать в соответствии с настоящим уведомлением в его последней редакции и будем следовать правовым требованиям и порядку обеспечения конфиденциальности, описанному в этом уведомлении.

### **ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ВАШЕЙ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

Вы имеете следующие права в отношении вашей защищенной медицинской информации, хранящейся в наших учреждениях. По вопросам, связанным с вашими нижеуказанными правами, пожалуйста, обращайтесь в подразделение по предоставлению информации (Release of Information Services) службы управления медицинской информацией (HIMS) департамента CSCHS, в котором вы получаете услуги.

Больница и клиники Santa Clara Valley Medical Center, патронажные услуги  
здравоохранения, отдел услуг поведенческого здоровья

ATTN: ROI Unit  
Health Information Management  
751 S. Bascom Avenue  
San Jose, CA 95128

O'Connor Hospital  
ATTN: ROI Unit  
Health Information Management  
2105 Forest Avenue  
San Jose, CA 95128

Regional Medical Center

ATTN: ROI Unit  
Health Information Management  
225 N. Jackson Ave  
San Jose, CA 95116

St. Louise Regional Hospital  
ATTN: ROI Unit  
Health Information Management  
9400 No Name Uno  
Gilroy, CA 95020

Records Request Coordinator  
Public Health Department  
150 W. Tasman Dr.  
San Jose, CA 95134

Office of Supportive Housing  
Records Request Coordinator  
150 W. Tasman Dr.  
San Jose, CA 95134

**Право на уведомление о нарушении или несанкционированном доступе**

Вы имеете право на получение уведомления о несанкционированном доступе к вашей защищенной медицинской информации или нарушении незащищенной PHI, содержащей вашу информацию. Мы обязаны уведомить вас и предоставить вам информацию о том, как защитить свою личную информацию.

**Право на просмотр и копирование**

Вы имеете право попросить просмотреть и скопировать вашу защищенную медицинскую информацию, за некоторыми исключениями. Если мы располагаем информацией в электронном формате, вы имеете право получить свою медицинскую информацию в электронном формате, если это возможно. Ваш запрос должен быть оформлен в письменном виде и подан на имя сотрудника отдела, указанного выше. Если вы запрашиваете копию информации, мы можем взимать плату за копирование, пересылку или другие расходы, связанные с вашим запросом.

Мы можем отклонить ваш запрос на проверку и получение копии вашей PHI в некоторых очень ограниченных обстоятельствах. Если вам отказали в доступе к медицинской информации, вы можете потребовать пересмотра отказа. Еще один лицензированный медицинский работник, выбранный больницей, рассмотрит ваш запрос и отказ. Лицо, проводящее пересмотр, не будет участвовать в принятии решения об отказе в удовлетворении вашего запроса.

### **Право обратиться за исправлением**

Если вы считаете, что имеющаяся у нас защищенная медицинская информация о вас является неверной или неполной, вы можете попросить нас внести изменения в защищенную медицинскую информацию в вашей медкарте. Запрос на изменение должен быть подан в письменной форме с указанием причины, обосновывающей запрос. Отправляйте запросы на имя сотрудника отдела, указанного выше. Если мы отклоним ваш запрос, мы сообщим причину отказа в письменном виде.

### **Право знать, кому мы разглашаем вашу информацию**

Вы имеете право запросить "отчет о разглашении информации", демонстрирующий, кому CSCHS передала вашу медицинскую информацию. Это перечень случаев разглашения вашей защищенной медицинской информации. Для записей о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, вы имеете право получить отчет о разглашении информации по всем случаям разглашения, которые осуществлялись с вашего согласия в течение не более трех лет до даты вашего запроса, а также право на получение отчета о случаях разглашения, осуществленных для целей лечения, оплаты и действий по оказанию медицинской помощи, если эти разглашения были сделаны через электронную медицинскую карту (EHR).

Для всех остальных типов записей вы имеете право получить отчет о случаях разглашения всех данных, кроме тех, которые были сделаны для лечения, оплаты и действий по оказанию медицинской помощи, а также в соответствии с другими исключениями, предусмотренными законом. Запрос может относиться к периоду до шести лет, предшествующему дате запроса.

Ваш запрос должен быть оформлен в письменном виде и подан на имя сотрудника отдела, указанного выше. Первый список, запрашиваемый в течение 12 месяцев, предоставляется бесплатно. При составлении дополнительных списков мы можем взимать с вас плату за предоставление списка и заранее уведомим Вас об этих расходах.

### **Право запрашивать ограничения**

Вы имеете право попросить нас ограничить или лимитировать использование и передачу определенной защищенной медицинской информации в целях лечения, оплаты или осуществления действий по оказанию медицинской помощи. Вы также имеете право потребовать ограничить объем медицинской информации, которую мы разглашаем о вас лицам, участвующим в вашем лечении или оплате вашего лечения, например, членам семьи или друзьям. ***Мы не обязаны соглашаться с вашим запросом.*** Если мы согласимся, то выполним ваш запрос, за исключением случаев, когда информация необходима для оказания вам неотложной помощи.

Вы имеете право запросить ограничение или лимитирование объема предоставления определенной защищенной медицинской информации своему плану медицинского страхования, если вы сами оплатили обслуживание, полученное в нашем учреждении (т.е. вместо того, чтобы за него заплатил ваш план медицинского страхования). Ваш запрос должен быть оформлен в письменном виде и подан на имя сотрудника отдела, указанного выше.

#### **Право требовать конфиденциальные коммуникации**

Вы имеете право попросить, чтобы мы общались с вами по поводу вашей защищенной медицинской информации определенным образом или по определенному адресу. Например, вы можете попросить, чтобы мы связывались с вами только на работе или по почте через Почтовую службу США. Ваш запрос должен быть оформлен в письменном виде и подан на имя сотрудника отдела, указанного выше. Мы постараемся удовлетворить все *разумные* запросы.

#### **Право получить бумажную копию настоящего уведомления**

Право получить бумажную копию настоящего уведомления, даже если вы согласились получать его в электронном виде. Для получения бумажной копии настоящего уведомления, пожалуйста, обратитесь в:

County of Santa Clara Health System  
ATTN: Chief Compliance Officer  
Ethics, Privacy, and Compliance Office  
2325 Enborg Lane, Suite 290  
San Jose, CA 95128  
(408) 885-3794

Вы можете получить электронную копию настоящего уведомления в любом из наших офисов или через наш веб-сайт: <https://www.scvmc.org/patients-visitors/services/notice-privacy-practices-npp>

#### **Право отозвать ваше разрешение**

Если вы предоставили нам разрешение на использование или раскрытие вашей защищенной медицинской информации, вы можете в любое время отозвать это разрешение в письменном виде. Если вы отзовете свое разрешение, это остановит любое дальнейшее использование или разглашение вашей медицинской информации в соответствии с вашим письменным разрешением. Для того чтобы отозвать свое согласие, вы должны направить письменное уведомление в соответствующий отдел, указанный выше.

Пожалуйста, обратите внимание, что если мы использовали или разгласили информацию, полагаясь на ваше согласие, отзыв не повлияет на уже использованную или раскрытую PHI.

## **КАК МЫ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАЗГЛАШАТЬ ЗАЩИЩЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ**

Следующие категории описывают различные способы использования и разглашения медицинской информации. Для каждой категории использования или разглашения информации мы объясним, что мы имеем в виду, и постараемся привести несколько примеров. Будут перечислены не все виды использования или разглашения информации в той или иной категории. Однако все способы, которыми нам разрешено использовать и разглашать информацию, будут подпадать под одну из категорий. Использование и разглашение защищенной медицинской информации, не предусмотренные настоящим уведомлением или законами, которые применяются к нам, будет осуществляться только с вашего письменного разрешения.

### **Разглашение по вашему запросу**

Мы будем разглашать информацию по вашему запросу. Для разглашения информации по вашему запросу может потребоваться ваше письменное разрешение.

### **Для лечения**

Мы можем получать доступ, использовать и передавать вашу защищенную медицинскую информацию для предоставления вам лечения или услуг. Мы можем разглашать медицинскую информацию врачам, медсестрам, техникам, студентам в области здравоохранения, студентам-медикам или другим сотрудникам системы здравоохранения, участвующим в оказании вам медицинской помощи. Мы также можем передавать вашу медицинскую информацию другим поставщикам, не входящим в CSCHS, для обеспечения медицинского обслуживания или лечения. Например, мы можем поделиться вашей медицинской информацией, если вас направляют для получения услуг к другому поставщику.

### **Для оплаты**

Мы можем получить доступ, использовать и передавать вашу защищенную медицинскую информацию для выставления счетов за лечение и услуги, которые вы получаете, и получения оплаты от вас, страховой компании или третьей стороны. Это включает в себя предоставление вашей информации окружному департаменту налогов и сборов, который отвечает за сбор задолженностей по неоплаченному медицинскому обслуживанию и другим платежам, причитающимся округу. Например, нам может понадобиться предоставить вашему плану медицинского страхования информацию о лечении, которое вы получили в больнице, чтобы ваш план медицинского страхования оплатил нам вашу операцию. Мы также можем предоставлять основную информацию о вас и вашем плане медицинского страхования, страховой компании или другом источнике оплаты практикующим специалистам вне CSCHS, участвующим в вашем лечении, чтобы помочь им в

585.05 – Уведомление о порядке обеспечения конфиденциальности информации

получении оплаты за предоставляемые вам услуги. Кроме того, мы можем предоставлять вашу защищенную медицинскую информацию поставщику, с которым заключили контракт, чтобы мы могли в режиме реального времени проверять правомочность пациента на получение страховых льгот и подтверждать ваши льготы по плану медицинского страхования.

#### **Для осуществления действий по оказанию медицинской помощи**

Мы можем получать доступ, использовать и передавать вашу защищенную медицинскую информацию для целей оказания медицинской помощи. Такое использование и разглашение информации необходимо для управления больницей и обеспечения качественного обслуживания всех наших пациентов. Например, мы можем получать доступ, использовать и разглашать защищенную медицинскую информацию для анализа наших методов лечения и услуг, оценки работы нашего персонала по уходу за вами, соблюдения законов и нормативных актов, выполнения требований лицензирования и аккредитации, выполнения договорных обязательств, повышения качества обслуживания, определения страховых взносов и других затрат на предоставление медицинского обслуживания, управления программами обучения и образования в рамках CSCHS и/или поддержки деятельности медицинского персонала.

#### **Деловые партнеры и квалифицированные сервисные организации**

Некоторые услуги предоставляются в нашей организации по договорам с деловыми партнерами, а для программ лечения наркомании - с квалифицированными сервисными организациями. Деловые партнеры и квалифицированные сервисные организации оказывают услуги от имени подразделений CSCHS, которые предполагают использование или разглашение информации о пациенте. Мы можем разглашать вашу медицинскую информацию нашим деловым партнерам и квалифицированным сервисным организациям, чтобы они могли выполнять работу, о которой мы их попросили. В соответствии с федеральным законодательством деловые партнеры и квалифицированные сервисные организации обязаны надлежащим образом защищать вашу информацию.

#### **ДРУГИЕ СПОСОБЫ РАЗГЛАШЕНИЯ ВАШЕЙ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

##### **Учет в учреждениях**

Наши больницы и другие учреждения получают доступ к защищенной медицинской информации и используют ее для учета лиц, находящихся в наших учреждениях. Это необходимо для того, чтобы все, кто звонит или приезжает в больницу, включая родственников и друзей, могли навестить вас и узнать, как вы себя чувствуете. Вы можете направить специальный письменный запрос для предотвращения такого разглашения своей защищенной медицинской информации.



Если вы являетесь пациентом, получающим психиатрические услуги в наших стационарных или амбулаторных психиатрических клиниках или участвующим в программе лечения наркомании, мы не будем разглашать ваше имя или какую-либо информацию, раскрывающую, являетесь ли вы нашим пациентом, если вы специально не разрешили нам сделать это.

### **Деятельность по привлечению средств**

Мы можем использовать определенную информацию для связи с вами с целью сбора средств для больниц, и у вас будет право отказаться от получения таких сообщений при каждом обращении. С этой же целью мы можем предоставить ваше имя фонду Valley Medical Center Foundation - официальной некоммерческой благотворительной организации, занимающейся сбором средств в поддержку учреждений здравоохранения Santa Clara Valley Healthcare, включая больницу O'Connor Hospital, медицинский центр Regional Medical Center, медицинский центр, больницы и клиники Santa Clara Valley Medical Center Hospitals and Clinics и больницу St. Louise Regional Hospital. Собранные средства будут направлены на расширение и улучшение услуг и программ, которые мы предоставляем сообществу. Вы можете отказаться от участия в сборе средств, и ваше решение не повлияет на ваше лечение или оплату услуг.

Способы выразить отказ:

1. Позвонить в фонд Valley Health Foundation по телефону 408-885-5299;
2. Отправить электронное письмо: [info@vhfca.org](mailto:info@vhfca.org);
3. Прямая почтовая рассылка включает в себя бланк ответа с пометкой "не предлагать услуги" и отправку по обратному адресу.

### **Бенефициары программы Medi-Cal**

Государственные программы медицинского страхования, такие как Medi-Cal, могут ограничить разглашение информации о бенефициарах для каких-либо целей, не связанных с программой. Если вы являетесь бенефициаром программы Medi-Cal, в некоторых ситуациях мы можем запросить у вас разрешение на разглашение вашей информации.

### **Лица, участвующие в вашем медицинском обслуживании или оплате вашего медицинского обслуживания**

Мы можем передать вашу защищенную медицинскую информацию члену семьи, другу, личному представителю или любому другому лицу, которое вы хотите привлечь к участию в вашем медицинском обслуживании, или тому, кто помогает оплачивать ваше медицинское обслуживание. Если от вас нет конкретного письменного запроса об обратном, мы также можем сообщить вашей семье или друзьям о вашем состоянии и о том, что вы находитесь в больнице.

Мы можем разгласить вашу защищенную медицинскую информацию организации, участвующей в ликвидации последствий стихийных бедствий, чтобы ваши родственники могли узнать о вашем состоянии, статусе и местонахождении. Если вы поступаете в отделение неотложной помощи в бессознательном состоянии или по другим причинам не можете общаться, мы обязаны попытаться связаться с человеком, который, по нашему мнению, может принимать за вас решения об объеме медицинского обслуживания (например, с членом семьи или представителем по доверенности на медицинское обслуживание).

Что касается записей о психиатрическом лечении или по программе лечения наркозависимости, мы имеем право передавать вашу защищенную медицинскую информацию только вашему лечащему врачу и лицам, которым вы разрешаете получать свою защищенную медицинскую информацию.

### **Исследования**

CSCHS является научно-исследовательским учреждением, и при определенных обстоятельствах мы можем получать доступ, использовать и передавать вашу защищенную медицинскую информацию в исследовательских целях, как с вашего разрешения, так и без него. Все исследовательские проекты проходят специальную процедуру оценки и утверждения для соблюдения баланса между потребностями исследования и потребностями пациентов в конфиденциальности.

Часто наши исследователи обращаются к пациентам с вопросом об их заинтересованности в участии в тех или иных исследованиях. Мы можем проводить другие исследования с использованием вашей защищенной медицинской информации, не требуя вашего согласия. Эти исследования не повлияют на ваше лечение или благополучие, а ваша защищенная медицинская информация будет по-прежнему защищена. Например, в рамках исследования может быть проведен анализ медицинской карты с целью сравнения результатов лечения пациентов, получавших различные виды терапии.

### **Биржи медицинской информацией**

CSCHS участвует в одной или нескольких биржах медицинской информации (HIE), в рамках которых мы можем разглашать вашу медицинскую информацию в разрешенных законом случаях другим поставщикам медицинских услуг или организациям для координации вашего медицинского обслуживания. Это позволяет поставщикам медицинских услуг различных учреждений, участвующих в вашем лечении, иметь информацию, необходимую для вашего лечения.

**Если вы не хотите, чтобы CSCHS Health предоставляла вашу информацию в рамках HIE, вы можете отказаться от этого, заполнив форму отказа и отправив ее по адресу:**

Health Information Management Services

ATTN: Release of Information Unit  
751 S. Bascom Avenue  
San Jose, CA 95128

CSCHS удовлетворит ваш запрос об отказе, что приведет к прекращению передачи CSCHS вашей защищенной медицинской информации другим поставщикам медицинских услуг в электронном виде через HIE, хотя они по-прежнему могут обмениваться информацией для целей лечения через другие механизмы. Это не мешает другим поставщикам медицинских услуг передавать вашу информацию в CSCHS в электронном виде, а также не мешает поставщику медицинских услуг, который уже получил вашу информацию, хранить ее. Для того чтобы запретить другим поставщикам медицинских услуг передавать вашу информацию в CSCHS, вы должны обратиться непосредственно к этим поставщикам. Если вы отказались от участия в программе, вы можете возобновить участие в ней, направив письменный запрос по адресу:

Health Information Management Services  
ATTN: Release of Information Unit  
751 S. Bascom Avenue  
San Jose, CA 95128

#### **В соответствии с требованиями закона**

Мы будем получать доступ, использовать и разглашать вашу защищенную медицинскую информацию, если это требуется в соответствии с федеральными законами, законами штата или местным законодательством. Например, в ответ на постановление суда от нас может потребоваться предоставление информации.

#### **Для предотвращения серьезной угрозы здоровью или безопасности**

Мы можем использовать и разглашать медицинскую информацию о вас, если это необходимо для предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью и безопасности, здоровью и безопасности общества или другого лица. Однако любое разглашение будет доступно только тем, кто сможет помочь предотвратить угрозу.

#### **Маркетинг и продажа защищенной медицинской информации**

Мы не имеем права использовать или разглашать вашу защищенную медицинскую информацию в маркетинговых целях без вашего письменного разрешения. Мы не имеем права использовать или разглашать вашу защищенную медицинскую информацию в маркетинговых целях без вашего письменного разрешения.

#### **ОСОБЫЕ СЛУЧАИ**

##### **Донорство органов и тканей**

В некоторых случаях мы можем разглашать вашу защищенную медицинскую информацию организациям, занимающимся закупкой органов или трансплантацией органов, глаз или тканей, или банку донорских органов, если это необходимо для оказания помощи в донорстве органов или тканей и их трансплантации.

#### **Генетическая информация**

Мы можем использовать или разглашать вашу защищенную медицинскую информацию для целей андеррайтинга. Если мы это сделаем, мы будем соблюдать федеральный закон, который запрещает нам использовать генетическую информацию для целей андеррайтинга.

#### **Групповые планы медицинского страхования**

Мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию спонсору вашего плана медицинского страхования в ограниченных целях, например, для внесения изменений, дополнений или прекращения действия группового плана медицинского страхования, подтверждения участия или содействия спонсору в привлечении предложений по страховым взносам.

#### **Военнослужащие и ветераны**

Если вы являетесь действующим или вышедшим в отставку военнослужащим вооруженных сил, мы будем разглашать вашу защищенную медицинскую информацию, если этого потребуют органы военного командования. Например, мы можем передавать защищенную медицинскую информацию об иностранных военнослужащих соответствующим военным властям, если это разрешено или требуется по закону.

#### **Компенсация работникам за ущерб здоровью**

За некоторыми исключениями, касающимися информации о психиатрическом лечении и программе лечения от наркозависимости, мы можем разглашать вашу защищенную медицинскую информацию в разрешенных законом случаях в рамках программ компенсации работникам или аналогичных программ, когда это необходимо для предоставления вам лечения, услуг или льгот в связи с производственными травмами или заболеваниями.

#### **Риски для здоровья населения**

Мы можем разглашать вашу защищенную медицинскую информацию в целях общественного здравоохранения. В целом эта деятельность включает, но не ограничивается следующим:

- профилактика или контроль заболеваний (например, рака или туберкулеза), травм или инвалидности;
- регистрация рождений и смертей;

- сообщение о жестоком обращении или пренебрежительном отношении к детям, престарелым и совершеннолетним иждивенцам;
- сообщение о реакциях на лекарственные препараты или проблемах с продукцией медицинского назначения;
- уведомление пациентов об отзыве, ремонте или замене используемых ими изделий;
- уведомление лица, которое могло быть подвергнуто воздействию заболевания или может подвергнуться риску заражения или распространения заболевания или состояния;
- уведомление сотрудников службы экстренного реагирования о возможном заражении ВИЧ/СПИДом в объеме, необходимом для соблюдения законов штата и федеральных законов.
- уведомление соответствующих государственных органов, если мы считаем, что пациент стал жертвой жестокого обращения, пренебрежения или домашнего насилия. Мы будем разглашать вашу защищенную медицинскую информацию в этих случаях только с вашего согласия, или если это требуется или разрешено законом.

### **Деятельность по надзору в сфере здравоохранения**

Мы можем разглашать вашу защищенную медицинскую информацию в органы надзора в сфере здравоохранения, если это разрешено или требуется по закону. Эти надзорные мероприятия включают, например, аудиты, расследования, инспекции и лицензирование. Эта деятельность необходима правительству для мониторинга системы здравоохранения, государственных программ и соблюдения законов о гражданских правах.

### **Судебные иски и споры**

Мы можем использовать и раскрывать защищенную медицинскую информацию в ответ на судебное или административное постановление, повестку в суд или запрос на разглашение информации. Мы также можем использовать и разглашать защищенную медицинскую информацию в установленных законом случаях без вашего разрешения, например, для защиты в судебном или арбитражном процессе.

Мы будем разглашать записи о психиатрическом лечении и лечении наркомании и алкоголизма только в ответ на повестку в суд, если получим судебный приказ или специальное письменное разрешение от пациента. Эти записи могут быть использованы или разглашены только по решению суда после того, как пациенту или держателю записи будет предоставлено уведомление и возможность быть услышанным, если это требуется в соответствии с 42 U.S.C. 290dd-2 и 42 C.F.R. Part 2. Решение суда должно сопровождаться повесткой в суд или другим аналогичным юридическим предписанием, требующим разглашения информации, прежде чем запись будет использована или разглашена.

### **Правоохранительная деятельность**

Мы можем передавать защищенную медицинскую информацию по запросу сотрудника правоохранительных органов, если это разрешено или требуется по закону при соблюдении определенных условий. Записи служб психиатрической и наркологической помощи требуют дополнительной юридической защиты и не могут быть разглашены без постановления суда или разрешения пациента или его представителя, за исключением некоторых ограниченных обстоятельств, разрешенных законом.

### **Информация о репродуктивном здоровье**

Мы не будем передавать защищенную медицинскую информацию для целей уголовного, гражданского или административного расследования в отношении любого лица за действия, связанные с поиском, получением, предоставлением или содействием в получении услуг по охране репродуктивного здоровья, или для наложения ответственности на лицо за поиск, получение, предоставление или содействие в получении услуг по охране репродуктивного здоровья. Мы не будем передавать защищенную медицинскую информацию для помощи в идентификации человека для поиска, получения, предоставления или содействия в получении услуг по охране репродуктивного здоровья. Например, если мы получим запрос от организации, находящейся за пределами штата, на получение защищенной медицинской информации, связанной с абортом, для судебного преследования этого человека, мы не будем выполнять такой запрос.

Мы не будем разглашать защищенную медицинскую информацию, потенциально связанную с репродуктивным здоровьем, в целях надзора за здравоохранением, судебного или административного разбирательства, в правоохранительных целях, а также коронерам и медицинским экспертам без получения действительного подтверждения о том, что запрашиваемая защищенная медицинская информация не предназначена для запрещенного использования.

### **Коронеры, судмедэксперты и директора похоронных бюро**

Мы можем передавать защищенную медицинскую информацию коронеру, судмедэксперту или директору похоронного бюро в случае смерти человека. Это может быть необходимо, например, для установления личности умершего человека или установления причины смерти. Мы будем разглашать записи о психиатрическом лечении и лечении наркомании и алкоголизма коронеру или судмедэксперту только по требованию суда или с разрешения ближайших родственников пациента.

### **Национальная безопасность и разведывательная деятельность**

Мы можем передавать вашу защищенную медицинскую информацию, если это разрешено или требуется по закону для выполнения определенных

государственных функций, таких как обеспечение национальной безопасности и защита президента.

### **Заклученные**

Если вы являетесь заключенным исправительного учреждения или находитесь под охраной сотрудников правоохранительных органов, мы можем передавать вашу защищенную медицинскую информацию исправительному учреждению или сотрудникам правоохранительных органов, если это разрешено или требуется по закону.

### **Мероприятия по ликвидации последствий стихийных бедствий**

Мы можем передать вашу защищенную медицинскую информацию организации, участвующей в ликвидации последствий стихийных бедствий, чтобы ваши родственники могли узнать о вашем состоянии, статусе и местонахождении.

### **Многопрофильные группы персонала**

Мы можем разглашать медицинскую информацию многопрофильной группе персонала, связанной с профилактикой, выявлением, ведением или лечением ребенка, подвергшегося жестокому обращению, и его родителей, а также жестокого обращения с пожилыми людьми и отсутствия заботы о них.

### **Особые категории информации**

В некоторых обстоятельствах на вашу медицинскую информацию могут распространяться ограничения, которые могут ограничить или исключить некоторые виды использования или разглашения информации, описанные в данном уведомлении. Например, существуют специальные ограничения на использование или разглашение определенных категорий информации (например, тесты на ВИЧ или лечение психических заболеваний, алкоголизма и наркомании). Государственные программы медицинского страхования, такие как Medi-Cal, могут также ограничить разглашение информации о бенефициарах для каких-либо целей, не связанных с программой.

### **ИЗМЕНЕНИЯ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ**

Мы оставляем за собой право вносить изменения в настоящее уведомление. Мы сохраняем за собой право сделать пересмотренное или измененное уведомление действительным для уже имеющейся у нас защищенной медицинской информации о вас, а также для любой другой информации, которую мы получим в будущем. Мы разместим копию действующего уведомления в наших учреждениях. Дата вступления уведомления в силу будет указана на первой странице. Действующее уведомление будет доступно на <https://scvh.org/privacy>.

### **ДОСТУПНОСТЬ УСЛУГ ЯЗЫКОВОЙ ПОДДЕРЖКИ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ И УСЛУГ**

Услуги языковой поддержки и соответствующие вспомогательные средства и услуги предоставляются бесплатно всем участникам, бенефициарам, зарегистрированным лицам и заявителям CSCHS, а также представителям общественности.

### **ВОПРОСЫ ИЛИ ЖАЛОБЫ**

Мы рады возможности ответить на ваши вопросы и проблемы, а также разрешить любые жалобы, которые могут возникнуть у вас в связи с доступом, использованием или разглашением вашей защищенной медицинской информации. Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены, вы можете подать жалобу нам или секретарю Департамента здравоохранения и социального обеспечения. Чтобы подать жалобу в наш адрес, необходимо обратиться в:

County of Santa Clara Health System  
Attn: Chief Compliance Officer  
Ethics, Privacy and Compliance Office  
2325 Enborg Lane, Suite 290  
San Jose, CA 95128  
(408) 885-3794

**Вы не будете наказаны за подачу жалобы.**