

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИНФОРМАЦИИ

**ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ СОДЕРЖИТ ОПИСАНИЕ СПОСОБОВ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И
СВЕДЕНИЙ, КАСАЮЩИХСЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ
ЗАВИСИМОСТИ. ЗДЕСЬ ТАКЖЕ УКАЗАНО, КАКИМ ОБРАЗОМ ВЫ МОЖЕТЕ
ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ
С ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ.**

Общая информация

Информация о вашем лечении и уходе, включая сведения об оплате лечения, защищена двумя федеральными законами: Законом о преимущество и подотчетности медицинского страхования 1996 г. (НПРАА)* и Законом о конфиденциальности информации**. Согласно этим законам, сотрудники данной программы не могут сообщать лицам, не имеющим к ней отношения, о вашем участии в ней и не могут раскрывать какие-либо сведения, идентифицирующие вас как человека, страдающего от алкогольной или наркотической зависимости, и прочую защищенную информацию, за исключением случаев, когда это разрешено указанными ниже федеральными законами.

Прежде чем раскрывать относящуюся к вам информацию для получения оплаты, организаторы программы должны получить ваше письменное согласие на раскрытие этой информации. Например, они должны получить ваше письменное согласие, прежде чем передать информацию вашей компании медицинского страхования для получения оплаты услуг. Как правило, вам также необходимо подписать согласие для того, чтобы сотрудники программы могли передать информацию для предоставления лечения или для иных действий, связанных со здравоохранением. При этом федеральный закон разрешает сотрудникам программы раскрывать информацию без вашего письменного разрешения в следующих обстоятельствах:

1. персоналу программы для предоставления вам лечения и ведения истории болезни;
2. в рамках соглашения с деловым партнером (например, клинико-диагностическими лабораториями, аптекой, службами хранения информации, службами оформления счетов);
3. для исследований, аудита или оценки (например, при проведении экспертизы процесса лицензирования на уровне штата, для аккредитации, при составлении отчетов по программе в соответствии с требованиями законов штата и/или федерального правительства);
4. для сообщения о совершении преступления на территории проведения программы или в отношении персонала программы;
5. медицинским работникам в случае необходимости в неотложной медицинской/психиатрической помощи;
6. соответствующим органам в случае подозрений в жестоком или халатном обращении с детьми;
7. для сообщения об определенных инфекционных заболеваниях, как того требует закон штата;
8. по распоряжению суда.

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИНФОРМАЦИИ

Прежде чем программа получит возможность использовать или раскрывать любые сведения, касающиеся вашего здоровья, в обстоятельствах, отличных от описанных выше, она должна получить от вас письменное разрешение на раскрытие информации для этого конкретного случая. Любое такое письменное согласие может быть отозвано вами в письменной форме.

(ПРИМЕЧАНИЕ. Отзыв согласия на раскрытие информации суду, отделу пробации, отделу условно-досрочного освобождения и пр. может нарушить соглашение, существующее между вами и этой организацией. Нарушение вами этого соглашения может повлечь юридические последствия.)

*** Титул 42 Свода законов США, § 130d и последующие; Титул 45 Свода федеральных законов США, части 160 и 164**

**** Титул 42 Свода законов США, § 290dd-2; Титул 42 Свода федеральных законов США, часть 2**

Ваши права

- По закону HIPAA вы имеете право потребовать ограничения сферы использования и раскрытия информации о вашем состоянии здоровья и лечении. Сотрудники программы могут не соглашаться со всеми ограничениями, которых вы требуете, но, в случае согласия, они связаны этим соглашением и не могут использовать или раскрывать какую-либо информацию, на которую вы наложили ограничение, за исключением случаев оказания неотложной медицинской помощи.
- Вы имеете право потребовать, чтобы мы для связи с вами использовали другие средства или другое место (например, другой адрес). Сотрудники программы примут все разумные требования с вашей стороны и не требуют от вас никаких объяснений.
- По закону HIPAA вы также имеете право проверять и копировать данные о вашем состоянии здоровья и лечении, которые ведутся в рамках программы, за исключением случаев, когда эти данные содержат записи психотерапевта или сведения, собранные для использования в гражданском, уголовном или административном судебном производстве или в прочих ограниченных обстоятельствах.
- По закону HIPAA вы также имеете право, за некоторыми исключениями, вносить изменения в информацию о состоянии вашего здоровья, которая содержится в документах, ведущихся в рамках программы, а также потребовать и получить отчет о случаях раскрытия информации о состоянии вашего здоровья, имевших место в течение шести (6) лет до этого требования.
- В случае отказа в любом из вышеописанных требований вы имеете право потребовать от администратора программы пересмотра этого отказа.
- Для оформления любого из вышеописанных требований необходимо заполнить соответствующую форму, которая будет предоставлена вам в рамках программы.
- Вы также имеете право получить письменную копию настоящего уведомления.

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИНФОРМАЦИИ

Использование вашей информации в рамках программы

Для обеспечения вам наилучшего ухода в рамках программы информация о вашем состоянии здоровья и лечении будет использоваться следующим образом:

- при общении между членами персонала программы (включая студентов и интернов) в связанных с лечением целях, для планирования лечения, составления и проверки отчетов о ходе лечения, для надзора за персоналом, сообщения об инцидентах, назначения лекарств, операций оформления счетов, ведения медицинской документации, планирования выписки и для прочих процедур, связанных с лечением;
- при обмене данными с деловыми партнерами, например с клинико-диагностическими лабораториями (анализ крови, мочи), продовольственными предприятиями (в случае потребности в специальной диете), агентствами, предоставляющими услуги на месте (лекции, групповая терапия), компаниями, занимающимися долгосрочным хранением медицинской документации;
- При передаче данных в базу данных клиентов OASAS штата Нью-Йорк.

Обязанности персонала программы

Закон требует, чтобы сотрудники программы поддерживали конфиденциальность информации о состоянии вашего здоровья и предоставили вам данное уведомление, которое содержит сведения об их правовых обязанностях и о принципах конфиденциальности в отношении вашей медицинской информации. Закон требует, чтобы сотрудники программы придерживались условий, изложенных в данном уведомлении. Администрация программы оставляет за собой право изменять условия данного уведомления и разрабатывать новые положения для всей защищенной медицинской информации, которая поддерживается в рамках программы. При внесении в уведомление существенных изменений обновленная версия уведомления будет предоставлена вновь поступающим пациентам, а также бывшим пациентам, на которых распространяется влияние новых положений уведомления.

Жалобы и сообщения о нарушениях

Пациенты имеют право подать жалобу о нарушении конфиденциальности их медицинской информации. Пациент может заполнить форму жалобы о нарушении конфиденциальности (на оборотной стороне данной формы) и подать ее:

- администратору центра лечения алкогольной и наркотической зависимости;
- в Бюро управления центрами лечения алкогольной и наркотической зависимости: 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203; или
- руководителю Отдела обеспечения конфиденциальности OASAS : 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203.

Жалоба будет рассмотрена соответствующим специалистом в зависимости от сути претензий. Этот специалист заполнит форму резолюции по жалобе о конфиденциальности. Копии этой

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИНФОРМАЦИИ

резюльюции будут направлены руководителю отдела обеспечения конфиденциальности OASAS по адресу 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203.

Пациент также может зарегистрировать жалобу в следующей организации:

Office for Civil Rights (Управление по гражданским правам)
U.S. Department of Health and Human Services (Департамент здравоохранения и социальных служб
США),
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza--Suite 3313
New York, New York 10278

Телефон (212) 264-3313

Факс (212) 264-3039

Телетайп (212) 264-2355

Горячие линии Управления по гражданским правам, голосовые: 1-800-368-1019

К вам не могут быть применены санкции за подачу жалобы.

Нарушение Закона о конфиденциальности информации персоналом программы является преступлением. О подозрениях в нарушении Закона о конфиденциальности информации можно сообщать федеральному прокурору в том округе, где произошло нарушение.

Дата вступления в силу: 14 апреля 2003 г.

**УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ
ИНФОРМАЦИИ**

Я, _____, получил(а) копию Уведомления об обеспечении конфиденциальности информации и разъяснение его содержания.

Подпись

Дата

Подпись родителя/опекуна (если необходимо)

Дата