

другую общую информацию. Для вашего удобства мы можем отправлять эти сообщения без шифрования.

Использование незашифрованных каналов связи сопряжено с определенными рисками, включая перехват сообщений посторонними лицами, отправку по неверному адресу, доступ через общий аккаунт, пересылку третьим лицам, а также хранение на незащищенных переносных электронных устройствах. Используя данные каналы связи, вы подтверждаете, что осознаете и принимаете на себя указанные риски. За входящие текстовые сообщения и передачу данных может взиматься стандартная плата вашего оператора связи. Вы вправе отписаться от этой рассылки в любой момент.

Раскрытие Информации в случаях, предусмотренных законодательством:

Мы можем использовать или раскрывать вашу Информацию в случаях, разрешенных или предписанных федеральным, региональным или местным законодательством.

Использование Информации в рекламных целях:

При личном общении мы можем рассказывать вам о продуктах или услугах, которые могут вас заинтересовать, а также дарить вам рекламные сувениры, имеющие символическую стоимость. Во всех остальных случаях для использования или раскрытия вашей Информации в рекламных целях нам требуется ваше разрешение.

СЛУЧАИ РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ, В КОТОРЫХ ТРЕБУЕТСЯ ВАШЕ ПИСЬМЕННОЕ РАЗРЕШЕНИЕ

Другие законы о защите медицинской информации:

Согласно другим законам, мы можем быть обязаны получать от вас письменное разрешение для раскрытия Информации, касающейся вашего психического состояния, лечения расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, диагностики или лечения ВИЧ/СПИДа, а также результатов генетического тестирования. Мы обязаны получать ваше письменное разрешение на использование или раскрытие записей психотерапевтических сеансов, а также на продажу вашей Информации.

Информация о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ:

В случае получения сведений о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, от профильных организаций, деятельность которых регулируется ч. 2 т. 42 Свода федеральных норм и правил, мы можем использовать или передавать эту информацию в целях гражданских, уголовных или административных расследований и разбирательств только при наличии вашего предварительного письменного разрешения либо судебного приказа, подкрепленного повесткой в суд или другим документом, обязывающим к раскрытию этих данных. Прежде чем суд издаст приказ о раскрытии информации касательно лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, вам должно быть направлено уведомление о соответствующем обращении в суд, чтобы вы могли представить аргументы против такого раскрытия. Под действие указанных ограничений подпадает не вся информация о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.

Во всех случаях, не указанных выше, использование или раскрытие вашей Информации осуществляется только с вашего разрешения. Вы можете в любое время письменно отозвать свое разрешение. Если вы это сделаете, мы прекратим использование и раскрытие вашей Информации в целях, указанных в письменном отзыве разрешения. Тем не менее, отзыв не будет действовать в отношении Информации, которая была раскрыта ранее на основании вашего разрешения.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

С вопросами по поводу данного уведомления или за дополнительной информацией обращайтесь к директору по обеспечению конфиденциальности Департамента здравоохранения округа Multnomah по адресу: 619 NW 6th Ave., 9th Floor, Portland, OR 97209 или по номеру телефона 503-988-3674.



www.mchealth.org

Департамент здравоохранения округа Multnomah предоставляет равные возможности при оказании услуг и приеме на работу.



Управление здравоохранения

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В настоящем уведомлении содержатся правила обращения с вашей медицинской информацией и ее предоставления третьим лицам, а также то, как вы можете осуществлять доступ к этим данным.

ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ЭТИМ ДОКУМЕНТОМ

В данном уведомлении изложены принципы обеспечения конфиденциальности медицинской информации Департаментом здравоохранения округа Multnomah. Мы по закону обязаны обеспечивать конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации (далее — Информация) и предоставить вам это уведомление. Мы должны соблюдать положения уведомления в действующей редакции. Настоящее уведомление вступает в силу 16 февраля 2026 г. Мы вправе вносить изменения в это уведомление. Все изменения распространяются на вашу Информацию, которой мы уже располагаем. Актуальная версия настоящего уведомления размещается в пунктах предоставления услуг, а также публикуется на веб-странице: www.multco.us/hipa.

ВАШИ ПРАВА

Право на ознакомление с Информацией и получение ее копий:

Вы имеете право на ознакомление со своей Информацией, которая содержится в «специально определенном наборе медицинской документации», а также на получение ее копий. «Специально определенный набор медицинской документации» означает совокупность данных, на основании которых принимаются касающиеся вас решения. В ряде исключительных случаев мы можем ограничивать объем Информации, предоставляемой вам для ознакомления или копирования. Если ваше право на ознакомление с Информацией или ее копирование будет ограничено, вы можете в письменной форме потребовать пересмотра данного решения. Копии документов могут быть предоставлены вам или указанному вами третьему лицу в электронном либо печатном виде, в зависимости от вашего запроса и технических возможностей систем, в которых хранится документация. Запрос должен быть оформлен в письменном виде. При необходимости мы можем помочь вам составить письменный запрос. За предоставление копий документов может взиматься плата.

Право на внесение в Информацию исправлений и дополнений:

Если вы решите, что определенная Информация, которая хранится в вашем специально определенном наборе медицинской документации, является недостоверной или неполной, вы имеете право попросить нас внести в нее изменения. Запрос должен быть оформлен в письменном виде с указанием причины внесения изменений. При необходимости мы можем помочь вам составить письменный запрос. В случае отказа в удовлетворении вашего запроса мы уведомим вас об этом в письменном виде, после чего вы сможете направить нам возражение. Вы также имеете право на то, чтобы ваш запрос, уведомление о его отклонении и ваше возражение (при наличии такового) включались в состав вашей документации при ее последующей передаче.

Право на учет случаев раскрытия Информации:

Вы имеете право на получение списка случаев раскрытия вашей Информации, хранящейся в вашем специально определенном наборе медицинской документации. Сюда не относятся случаи раскрытия Информации в целях лечения, оплаты или организационных мероприятий, а также ее передачи вам или лицам, участвующим в вашем лечении или оплате медицинских услуг. В список также не входят случаи раскрытия Информации, произошедшие более чем за 6 лет до даты запроса, совершенные на основании вашего разрешения, в составе ограниченного набора данных, в адрес исправительных учреждений, в целях обеспечения национальной безопасности или ведения разведывательной деятельности, а также случайные раскрытия и передачи, имевшие место до 14 апреля 2003 г. Запрос должен быть оформлен в письменном виде. При необходимости мы можем помочь вам составить письменный запрос. Мы вправе взимать плату, если вы будете направлять запрос на получение этого списка чаще одного раза в 12 месяцев.

Право на ограничение использования и раскрытия Информации:

Вы имеете право попросить нас ограничить способы использования или раскрытия вашей Информации. Мы не обязаны удовлетворять ваш запрос, и мы можем быть не в состоянии сделать это, за одним исключением. Вы вправе попросить нас не передавать вашу Информацию в план медицинского страхования, если вы или другое лицо от вашего имени полностью оплачиваете медицинскую услугу из собственных средств, и раскрытие этих сведений требуется исключительно для оплаты или организационных мероприятий и не является требованием

закона. Запрос должен быть оформлен в письменном виде. При необходимости мы можем помочь вам составить письменный запрос.

Право на конфиденциальный обмен информацией:

Вы имеете право попросить нас поддерживать с вами связь по определенному адресу и определенным способом. Вы должны указать предпочтительный способ или адрес для связи с вами. Например, вы можете попросить, чтобы мы связывались с вами, только когда вы на работе. Мы обязуемся выполнять все обоснованные требования.

Уведомление:

Вы вправе получить печатную копию этого уведомления по соответствующему запросу. Данное уведомление может быть предоставлено на других языках и в других форматах.

Уведомление о нарушении безопасности Информации:

Вы вправе получить уведомление, если мы установим факт нарушения безопасности незащищенной Информации.

Жалобы:

Вы имеете право подать жалобу, если решите, что мы нарушили ваши права на неприкосновенность частной информации. Вы можете направить жалобу нашему директору по вопросам конфиденциальности или секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб США. Мы не будем принимать ответных мер против вас за подачу жалобы.

СЛУЧАИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ ИНФОРМАЦИИ, НЕ ТРЕБУЮЩИЕ ВАШЕГО РАЗРЕШЕНИЯ

Закон о преемственности страхования и отчетности в сфере здравоохранения (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) напрямую действует только в отношении организаций, деятельность которых он регулирует, например медицинских учреждений, выставляющих счета страховым компаниям. Если мы передадим вашу Информацию третьему лицу, оно может впоследствии раскрыть ее заново, и в таком случае правовая защита, предусмотренная HIPAA, на нее распространяться не будет.

Лечение:

Мы вправе использовать или раскрывать вашу Информацию в объеме, необходимом для вашего лечения и оказания вам услуг. Например, мы можем передавать вашу Информацию другим медицинским специалистам или учреждениям, которые занимаются вашим лечением.

Оплата:

Мы вправе использовать или раскрывать вашу Информацию для выставления счетов или получения оплаты за оказанные вам услуги. В частности, мы можем это делать для подачи требований о выплате страхового возмещения.

Организационные мероприятия:

Мы можем использовать или передавать огласке вашу информацию для совершения действий, необходимых для осуществления или раскрытия вашей Информации для обеспечения нашей административно-хозяйственной деятельности. Например, мы можем использовать вашу Информацию в связи с проведением оценки и повышением качества услуг, а также для координации медицинского обслуживания.

Объединения медицинских учреждений и специалистов:

Мы являемся участником объединений медицинских учреждений и специалистов (organized health care arrangements, OHCA), например ОСНН, и можем использовать или раскрывать вашу Информацию другим участникам этих объединений в соответствии с требованиями закона HIPAA. В ряде случаев мы используем системы и сервисы участников OHCA для ведения электронных медицинских карт и согласования направлений на лечение. Мы можем передавать вашу информацию участникам OHCA для принятия совместных организационных мер.

Лица, участвующие в вашем лечении или оплате ваших медицинских услуг:

При наличии вашего устного разрешения или отсутствия возражений с вашей стороны мы вправе раскрывать Информацию членам вашей семьи, вашему представителю или другим лицам, которые занимаются вашим лечением или его оплатой. Если вы не в состоянии самостоятельно принимать медицинские решения, мы вправе раскрыть вашу Информацию в необходимом объеме, если будем уверены, что продиктовано вашими интересами.

Деятельность в сфере общественного здравоохранения:

Мы вправе использовать или раскрывать вашу Информацию для деятельности в сфере общественного здравоохранения.

Например, мы можем передавать данные для профилактики или контроля заболеваний, травматизма,

инвалидности, насилия и пренебрежения. Данная деятельность включает в себя мероприятия служб донорства и трансплантации органов или тканей, действия коронеров, судмедэкспертов и распорядителей похоронных бюро; а также меры по предотвращению серьезной и неминуемой угрозы для вас и окружающих.

Деятельность по надзору в сфере здравоохранения:

Мы вправе раскрывать Информацию органам надзора в сфере здравоохранения. К указанным мероприятиям относятся проверки и инспекции, осуществляемые государственными органами для контроля над функционированием системы здравоохранения.

Судебные разбирательства:

Мы вправе раскрывать вашу Информацию в ответ на судебное постановление, повестку в суд, запрос о представлении доказательств, в связи с мероприятиями по выплате компенсаций за производственные травмы и в других законных целях.

Правоохранительные органы:

Мы вправе раскрывать вашу Информацию сотрудникам полиции или других правоохранительных органов, если это разрешено или предписано законом. Мы можем раскрывать Информацию для сообщения о преступлении, которое было совершено на территории нашей организации.

Исследования:

В ряде случаев мы вправе использовать и раскрывать вашу Информацию для проведения исследований, одобренных экспертным советом организации или комитетом по неприкосновенности частной жизни, либо на основании вашего письменного разрешения.

Лица, содержащиеся под стражей:

Если вы являетесь заключенным следственного изолятора или тюрьмы либо находитесь под надзором правоохранительных органов, мы вправе раскрывать вашу Информацию в случаях, разрешенных или предписанных законом.

Деловые партнеры:

В ряде случаев нам может потребоваться раскрыть вашу Информацию деловому партнеру, например, переводчику или специалисту по контролю качества, чтобы он мог оказывать услуги по нашему поручению. С каждым деловым партнером мы заключаем договор, согласно которому он обязан соблюдать такие же строгие правила конфиденциальности вашей Информации, каких придерживаемся мы.

Интересы обороны и национальной безопасности:

Мы вправе раскрывать вашу Информацию по требованию представителей вооруженных сил, а также федеральных служащих, уполномоченных проводить мероприятия по обеспечению национальной безопасности и разведывательную деятельность.

Мероприятия по оказанию помощи пострадавшим при стихийных бедствиях и катастрофах:

При отсутствии ваших возражений мы можем раскрывать вашу Информацию другим медицинским организациям или структурам, участвующим в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, для координации процесса оказания помощи. Мы вправе раскрывать вашу Информацию в объеме, необходимом для установления личности, поиска и уведомления членов вашей семьи, опекунов или других лиц, уполномоченных заниматься вопросами вашего лечения, местонахождения, состояния здоровья или действиями в случае вашей смерти.

Ограниченные данные:

Мы можем раскрывать ограниченную Информацию третьим лицам в целях научных исследований, решения задач в сфере общественного здравоохранения или для проведения организационных мероприятий. В состав раскрываемых данных не будет входить Информация, по которой можно напрямую установить вашу личность. Все третья лица, получающие ограниченные данные, обязаны подписывать соглашение о защите вашей медицинской информации.

Случайное раскрытие Информации:

В ходе правомерного использования или передачи вашей Информации возможны случаи ее непреднамеренного разглашения. Например, в зоне обслуживания посетитель может случайно услышать ваше имя, когда вас приглашают в кабинет из приемной.

Связь:

Если вы решите обращаться к нам по незащищенным каналам связи, например направлять письма по электронной почте или текстовые сообщения, мы можем отвечать вам тем же способом на ваш адрес или номер телефона. Мы можем отправлять на эти адреса электронной почты или номера телефонов напоминания о приемах, опросы или