**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

**НАСТОЯЩЕЕ УВЕДОМЛЕНИЕ ОПИСЫВАЕТ, КАКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВАС МОЖЕТ**

**ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И ПЕРЕДАВАТЬСЯ И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ.**

**ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧИТАЙТЕ ВНИМАТЕЛЬНО.**

Ваша медицинская информация является личной и конфиденциальной, и мы должны защищать ее. В данном уведомлении поясняются требования и разрешения, установленные законом на использование и раскрытие информации о вашем здоровье. В нем также рассказывается о ваших правах и о том, что мы должны делать, чтобы использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию. Все сотрудники отдела поведенческого здоровья Агентства здравоохранения и социальных служб (Health and Human Services Agency, HHSA), персонал, волонтеры и другие лица, имеющие доступ к информации о здоровье клиентов, будут следовать положениям данного уведомления. Сюда входят другие организации, которые входят в состав страховой сети психического здоровья округа Йоло и сети поставщиков DMC-ODS.

**По закону мы обязаны:**

 Обеспечьте конфиденциальность и безопасность вашей медицинской информации (также известной как «защищенная

информация о здоровье» или «PHI»)

 Предоставить вам данное уведомление о наших юридических обязанностях и правилах конфиденциальности в отношении вашей PHI.

 Соблюдать обязанности и правила конфиденциальности, описанные в этом уведомлении.

 Немедленно уведомить вас, если произойдет нарушение, которое может поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность вашей информации.

**Изменения в уведомлении:** У нас есть право вносить изменения в настоящее Уведомление и применять эти изменения к вашей PHI. Если мы внесем изменения, вы имеете право получить их копию в письменном виде. Чтобы получить копию, вы можете обратиться к своему поставщику услуг или любому работнику HHSA.

**КАК ЗАКОН РАЗРЕШАЕТ НАМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАСКРЫВАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ВАС**

Мы можем использовать или разглашать вашу медицинскую информацию (PHI) для лечения, оплаты или медицинского обслуживания. Вот несколько примеров:

* **Для лечения:** Медицинские работники, такие как врачи и психотерапевты, работающие с вами, могут поговорить с вами наедине, чтобы определить наиболее эффективное для вас лечение. Они могут ознакомиться с медицинскими услугами, которые вы получали раньше или могли получить позже.
* **Для оплаты:** Нам необходимо использовать и раскрывать информацию о вас, чтобы получать оплату за оказанные вам услуги. Например, страховые компании просят, чтобы в наших счетах было описание лечения и услуг, которые мы предоставили вам для получения оплаты.
* **Для медицинских операций:** Мы можем использовать и раскрывать информацию о вас, чтобы убедиться, что услуги, которые вы получаете, соответствуют определенным нормам штата и федеральным нормам. Например, мы можем использовать вашу защищенную медицинскую информацию для проверки полученных вами услуг, чтобы убедиться, что вы получаете надлежащее лечение.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ ОТДЕЛОМ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ HHSA ОКРУГА ЙОЛО**

* **Специальные правила раскрытия психиатрической информации, информации о злоупотреблении психоактивными веществами и ВИЧ-инфекции:** К случаям раскрытия медицинской информации о психических заболеваниях, злоупотреблении психоактивными веществами или данных, связанных с тестированием и лечением ВИЧ, могут применяться особые правила. Как правило, медицинская информация, касающаяся лечения психических заболеваний, злоупотребления психоактивными веществами или тестирования и лечения, связанных с ВИЧ, не может быть раскрыта без вашего разрешения или постановления суда. Из этого общего правила есть исключения.
* **Другим государственным учреждениям, предоставляющим льготы или услуги:** Мы можем раскрывать информацию о вас другим государственным учреждениям, которые предоставляют вам льготы или услуги. Информация о вас, которую мы публикуем, должна быть необходимой для получения вами этих льгот или услуг.
* **Чтобы держать вас в курсе:** Мы можем позвонить или написать, чтобы сообщить вам о ваших приемах. Мы также можем присылать вам информацию о других видах лечения, которые могут вас заинтересовать.
* **Научные исследования:** Мы можем передать вашу защищенную информацию о здоровье исследователям для исследовательского проекта, прошедшего специальный процесс утверждения. Исследователи должны защищать защищенную информацию о здоровье, которую они получают.
* **Как требуется по закону:** Мы будем раскрывать вашу защищенную информацию о здоровье, когда этого требует федеральное законодательство или законодательство штата.
* **Для предотвращения серьезной угрозы здоровью или безопасности:** Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную информацию о здоровье для предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности населения или другого лица.
* **Компенсация рабочим:** Мы можем раскрывать вашу защищенную информацию о здоровье для компенсации работникам или программ, которые могут предоставить вам льготы в случае производственных травм или заболеваний.
* **Деятельность в области общественного здравоохранения:** Мы можем разглашать вашу защищенную информацию о здоровье для целей общественного здравоохранения, таких как прекращение или контроль заболеваний, предотвращение травм или инвалидности, а также для сообщения о жестоком обращении или пренебрежении детьми, пожилыми людьми и взрослыми на иждивении.
* **Деятельность по надзору за здравоохранением:** Мы можем передать вашу защищенную информацию о здоровье органу по надзору за здравоохранением в соответствии с законом. Надзор необходим для наблюдения за системой здравоохранения, государственными программами и соблюдением законов о гражданских правах.
* **Судебные и иные юридические действия:** Если против вас открыто судебное дело или ведется судебный процесс, мы можем раскрыть вашу защищенную информацию о здоровье в ответ на постановление суда.
* **Правоохранительная деятельность:** Мы можем раскрывать вашу защищенную информацию о здоровье по запросу сотрудников правоохранительных органов:
  + в ответ на постановление суда, ордер или аналогичный процесс;
  + чтобы найти подозреваемого, беглеца, свидетеля или пропавшего без вести;
  + если вы стали жертвой преступления и не можете дать согласие на предоставление информации;
  + чтобы сообщить о преступном поведении в любом из наших учреждений;
  + для информирования о преступлении или преступнике в чрезвычайных обстоятельствах.
* **Коронеры и медицинские эксперты:** Мы можем предоставить медицинскую информацию коронеру или судебно-медицинскому эксперту. Это может быть необходимо, например, для опознания умершего человека или установления причины смерти.
* **Национальная безопасность и разведывательная деятельность:** Мы можем предоставлять защищенную информацию о вашем здоровье уполномоченным федеральным сотрудникам для осуществления разведывательной, контрразведывательной и другой деятельности, связанной с национальной безопасностью, разрешенной законом.
* **Службы охраны президента и других лиц:** Мы можем передать защищенную информацию о вашем здоровье уполномоченным федеральным чиновникам, чтобы они могли защищать президента и других глав государств или проводить специальные расследования.
* **Услуги по охране выборных конституционных должностных лиц:** Мы можем раскрывать защищенную информацию о вашем здоровье государственным правоохранительным органам по мере необходимости для защиты выборных конституционных должностных лиц на федеральном уровне и уровне штата и их семей.
* **Охранные услуги для Сената или комитета Ассамблеи:** Мы можем передать защищенную информацию о вашем здоровье Комитету Сената по правилам или Комитету по правилам Ассамблеи для проведения законодательного расследования, санкционированного комитетом.
* **Заключенные:** Если вы в настоящее время находитесь в заключении, мы можем передать защищенную информацию о вашем здоровье Управлению по делам

молодежи или Агентству по исправлению взрослых, если это необходимо для отправления правосудия.

* **Многопрофильные группы персонала:** Мы можем раскрывать защищенную информацию о вашем здоровье членам междисциплинарной группы, занимающейся профилактикой, выявлением, управлением делами или лечением ребенка, подвергшегося жестокому обращению и/или безнадзорности, и родителей ребенка, а также жестокого обращения с пожилыми людьми и/или безнадзорности.
* **Военные и бывшие военнослужащие:** Если вы являетесь военнослужащим, мы можем предоставить медицинскую информацию о вас в соответствии с требованиями военного командования. Мы также можем предоставлять медицинскую информацию об иностранных военнослужащих соответствующим иностранным военным властям.
* **Помощь при стихийных бедствиях:** Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию организациям по оказанию помощи при стихийных бедствиях, которые запрашивают вашу медицинскую информацию для координации ухода за вами или уведомления семьи и друзей о вашем местонахождении или состоянии во время стихийного бедствия. Мы предоставим вам возможность согласиться или возразить против такого раскрытия, когда это будет практически целесообразно.

**Другие варианты использования и раскрытия защищенной информации о вашем здоровье, не предусмотренные настоящим уведомлением или применимыми к нам законами, будут рассматриваться только с вашего письменного разрешения. Если у вас есть четкие предпочтения относительно того, как мы можем передавать вашу информацию, сообщите нам об этом. Мы никогда не будем передавать вашу информацию в маркетинговых целях, продавать вашу информацию или делиться большинством психотерапевтических заметок, если вы не уведомите об этом своего поставщика услуг в письменной форме. Мы можем связаться с вами для сбора средств, но вы можете запретить нам связываться с вами снова. Если вы передумаете, мы прекратим использование или раскрытие защищенной информации о вашем здоровье, но мы не можем отозвать уже предоставленную информацию. Мы должны вести документацию об оказанной вам помощи.**

**ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ЗАЩИЩЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ (PHI)**

* **Право на проверку и копирование:** Федеральные правила гласят, что вы имеете право запросить просмотр и копирование защищенной информации о вашем здоровье. Однако информация о психиатрическом лечении, а также о лечении наркомании и алкоголизма регулируется другими законами. В соответствии с этими законами ваш запрос на просмотр и копирование защищенной информации о вашем здоровье может быть отклонен. Вы можете получить информационный листок о доступе к своим записям, обратившись к своему поставщику медицинских услуг

Лицензированный специалист в области психического здоровья одобрит или отклонит ваш запрос. В случае одобрения мы можем взимать разумную плату за копирование и пересылку защищенной информации о вашем здоровье. Мы также можем попросить предоставить вам краткое изложение вместо полной записи. Информация обычно предоставляется в течение тридцати (30) дней. Если ваш запрос будет отклонен, вы можете подать апелляцию и попросить, чтобы другой психотерапевт рассмотрел ваш запрос.

* **Право требовать внесения поправок:** Если вы считаете, что имеющаяся у нас информация о вас неверна или неполна, вы можете запросить внесение изменений в защищенную информацию о вашем здоровье, если мы сохраним эту информацию. Хотя мы будем принимать запросы на изменения, мы не обязаны соглашаться с изменениям

Мы можем отклонить ваш запрос на изменение защищенной информации о вашем здоровье, если она исходит от другого поставщика медицинских услуг, если она является частью защищенной информации о вашем здоровье, которую вам не было разрешено просматривать и копировать, или если защищенная информация о вашем здоровье признана точной и полной.

* **Право на получение отчета о раскрытии медицинской информации:** Вы имеете право попросить нас сообщить вам, кому мы могли раскрыть защищенную информацию о вашем здоровье. В соответствии с федеральными правилами мы должны вести список лиц, которым была передана защищенная информация о вашем здоровье, которая не использовалась для лечения, оплаты и медицинских операций или в соответствии с требованиями закона, упомянутого выше. Чтобы получить этот список, вы должны письменно запросить его у поставщика услуг. Вы не можете запросить список за период времени более шести лет назад. Мы будем предоставлять один отчет в год бесплатно, но взимать с вас разумную плату, основанную на стоимости, если второй запрос поступит в течение 12-месячного периода. Мы сообщим вам стоимость, и вы можете отменить или изменить свой запрос до того, как он вам что-либо будет стоить.
* **Право просить нас об ограничении защищенной информации о вашем здоровье:** Вы имеете право попросить нас ограничить защищенную информацию о вашем здоровье, которую закон позволяет нам использовать или раскрывать для лечения, оплаты или медицинских операций. Мы не обязаны соглашаться с вашим запросом. Если мы согласны, мы выполним ваш запрос, за исключением случаев, когда защищенная информация о вашем здоровье необходима для оказания вам неотложной помощи. Чтобы запросить ограничения, вы должны обратиться к своему поставщику услуг в письменной форме. Вы должны сообщить нам (1) какую защищенную информацию о вашем здоровье вы хотите ограничить; (2) хотите ли вы ограничить ее использование, раскрытие или и то, и другое; и (3) к кому вы хотите применить ограничения.
* **Право просить о конфиденциальности:** Вы имеете право попросить нас сообщить вам о приемах или других вопросах, связанных с вашим лечением, определенным образом или в определенном месте. Например, вы можете попросить, чтобы мы связались с вами по определенному номеру телефона или по почте. Чтобы просить о конфиденциальности определенной информации, вы должны обратиться к своему поставщику услуг в письменной форме. Вы должны сообщить нам, как или где вы хотите, чтобы с вами связались.
* **Право просить нас не использовать защищенную информацию о вашем здоровье:** Если медицинское изделие или услуга для вас были полностью оплачены из собственного кармана, вы имеете право потребовать, чтобы информация о вашем психическом здоровье не передавалась компании медицинского страхования в целях осуществления оплаты или оказания медицинской помощи. Исключение распространяется на случаи, когда раскрытие информации плану медицинского страхования требуется по закону.
* **Право на получение бумажной копии настоящего уведомления:** Вы можете запросить у нас копию настоящего уведомления в любое время. Даже если вы согласились получить это уведомление по электронной почте, мы предоставим вам бумажную копию этого уведомления. Вы можете попросить копию у любого сотрудника.
* **Право выбрать человека, который будет действовать от вашего имени:** Если вы выдали кому-либо медицинскую доверенность или если кто-то является вашим законным опекуном, это лицо может воспользоваться вашими правами и сделать выбор в отношении вашей медицинской информации Прежде чем предпринимать какие-либо действия, мы позаботимся о том, чтобы это лицо имело эти полномочия и могло действовать от вашего имени.

**КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ**

Если вы считаете, что ваши права на неприкосновенность частной жизни были нарушены, вы можете подать жалобу нам или федеральному правительству. Закон запрещает преследования в отношении лица за подачу жалобы.

Подача жалобы не повлияет на ваше право на дальнейшее лечение или лечение в будущем.

|  |  |
| --- | --- |
| **Чтобы подать жалобу в Отдел поведенческого здоровья HHSA округа Йоло, обращайтесь к:**  Катрин Баррет / Katherine Barrett  Ответственный за контроль соблюдения законов / Compliance Officer  137 N. Cottonwood Street, Suite 2500  Woodland, CA 95695  (530) 666-8983  Факс: (530) 666-8637  [Katherine.Barrett@yolocounty.org](mailto:Katherine.Barrett@yolocounty.org)  HHSA.BHCompliance.yolocounty.org  Тел.: 1-800-391-7440 (горячая линия) | **Чтобы подать жалобу в агентство, обратитесь к:**  Омбудсмену округа Йоло (Yolo County Ombudsman)  814 North Street  Woodland, CA 95695  [hhsa.ombudsman@yolocounty.org](mailto:hhsa.ombudsman@yolocounty.org)  <https://www.yolocounty.org/health-human-services/agency-information/ombudsman-complaint-form> |
| **Чтобы подать жалобу на уровне штата, обратитесь к**  **Специалист по вопросам конфиденциальности (Privacy Officer)**  Департамент услуг здравоохранения  P.O. Box 997413, MS0010  Sacramento, CA 95899-7412  (916) 445-4646; (877) 735-2929 TTY/TDD  Факс: (916) 440-7680 | **Чтобы подать жалобу на уровне федерального правительства, обратитесь к**  Секретарь Министерства здравоохранения и социальных служб США, Управление гражданских прав / Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights  Attn: Региональный менеджер  90 7th Street, Suite 4-100  San Francisco, CA 94103  (1-800) 368-1019; (1-800) 537-7697 TTY/TDD  Факс: (415) 437-8329  **Вы также можете подать жалобу по этой ссылке:**  **www.hhs.gov.ocr/privacy/hipaa/complaints/** |

**Для получения дополнительной информации звоните (800) 368-1019, (800) 537-7697 (TDD) или (415) 437-**

**8310, (415) 437-8311 (TDD) или отправьте факс в Управление по гражданским правам США по телефону (415) 437-8329.**

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЯ HHSA ПО ПОВЕДЕНЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ ОКРУГА ЙОЛО О ПРАВИЛАХ СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

**Я подтверждаю получение Уведомления о соблюдении конфиденциальности, в котором разъясняются мои права и ограничения в отношении способов, которыми округ может использовать или раскрывать личную медицинскую информацию для предоставления услуг.**

|  |
| --- |
| ***ФИО клиента (печатными буквами) Подпись клиента*** |
|  |
| ***Дата*** |
|  |
| ***Если подписано лицом, не являющимся клиентом, укажите кем приходится.*** |

**Примечание: Родители должны иметь законную опеку. Законные опекуны и попечители должны предъявить доказательства.**

|  |
| --- |
| **ТОЛЬКО ДЛЯ ОФИЦИАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ** |

Клиент ДЕЙСТВИТЕЛЬНО получил Уведомление о соблюдении конфиденциальности, но не подписал это Подтверждение получения, потому что:

Клиент покинул офис до того, как Подтверждение было подписано.

Клиент не желает подписывать эту форму.

|  |
| --- |
| Клиент не может подписать эту форму, потому что: |
|  |

Клиент НЕ получил Уведомление о политике конфиденциальности, потому что:

Клиенту требуется неотложная помощь

Клиент отклонил Уведомление и подписание настоящего Подтверждения.

|  |
| --- |
| Другое: |
|  |

**Имя, фамилия:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Имя провайдера или представителя провайдера печатными буквами)*

**Подписано**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Подпись поставщика или представителя поставщика)*

**45 CFR §164.520 За исключением чрезвычайных ситуаций, … добросовестно приложите усилия для получения письменного подтверждения получения Уведомления…. и если не получено, задокументируйте… добросовестные усилия по получению такого подтверждения и причину, по которой… (оно)… не было получено.**

|  |
| --- |
| Имя, фамилия клиента: |
| Номер MR: |
| Дата рожд.: |