

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНЫ ВОЗМОЖНЫЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ТО, КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ К НЕЙ ДОСТУП. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРИВЕДЕННЫМИ НИЖЕ СВЕДЕНИЯМИ.

Согласно закону мы обязуемся:

- Следить за тем, чтобы ваша медицинская информация оставалась секретной и конфиденциальной.
- Предоставить вам это Уведомление, в котором описаны наши обязанности и порядок использования вашей медицинской информации.
- Придерживаться текущего Уведомления о порядке использования личной информации.
- Оповещать вас о любых изменениях в Уведомлении.

На кого распространяется это Уведомление:

- Все отделения и подразделения этого медицинского учреждения.
- Все рабочие, сотрудники и другой персонал.
- Другие объекты, комплексы и учреждения, в которых сотрудники этого медицинского учреждения предоставляют свои услуги и соблюдают положения этого Уведомления. Кроме того, упомянутые объекты, комплексы и учреждения могут обмениваться между собой медицинской информацией в целях лечения, осуществления оплаты и эксплуатации, предусмотренных в этом Уведомлении.
- Все волонтеры, допущенные к предоставлению вам помощи в учреждении.
- Все студенты медицинских вузов, интерны, врачи-стажеры и клинические ординаторы, причастные к предоставлению вам помощи в учреждении.
- Все представители страховых компаний, организаций медицинского обслуживания, клинических исследовательских организаций, организаций, проводящих анализ данных, а также организаций по повышению качества, которые участвуют в проверке качества вашего медицинского обслуживания.

Использование и разглашение, касающееся лечения, проведения оплаты и операций по медицинскому обслуживанию:

- **Лечение:** Мы можем использовать вашу личную информацию для предоставления, согласования наблюдения и лечения, а также управления ими. К примеру, компания MNGI Digestive Health, P.A., предоставляющая медицинские услуги, или представитель этой компании могут делиться конфиденциальной информацией с другим врачом с целью консультации. Прежде чем распространять вашу информацию за пределы компании MNGI Digestive Health, P.A. или одному из ее представителей в целях лечения, мы обязуемся получить от вас письменное согласие (за исключением чрезвычайных ситуаций, при которых предоставить такое согласие невозможно).
- **Проведение оплаты:** Мы можем использовать и разглашать вашу медицинскую информацию для выставления счетов за лечение и предоставленные услуги или взимания платы за них с вас лично, со страховой компании или с третьей стороны. К примеру, возможно, нам придется поделиться с вашей страховой организацией информацией касательно лечения, предоставленного компанией MNGI Digestive Health, P.A. или ее представителем, чтобы обеспечить покрытие наших услуг планом медицинского страхования или возмещение на его основе денег за лечение. Мы также можем уведомить вашу страховую компанию о предстоящем лечении, чтобы получить подтверждение или определить, сможет ли план страхования покрыть ваше лечение. Прежде чем разглашать информацию в целях проведения оплаты, мы обязуемся получить от вас письменное согласие.
- **Операции по медицинскому обслуживанию:** Мы можем использовать и разглашать вашу медицинскую информацию для проведения медицинского обслуживания компанией MNGI Digestive Health, P.A. или ее представителями. Операции по медицинскому обслуживанию включают в себя использование и разглашение информации, необходимой для деятельности компании MNGI Digestive Health, P.A. или ее представителей и оказания качественного ухода за всеми нашими пациентами. К примеру, мы можем использовать вашу медицинскую информацию для корректировки лечения и услуг, а также для оценки качества обслуживания, предоставляемого нашим персоналом и лечащими врачами. Прежде чем распространять информацию за пределы

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ

компании MNGI Digestive Health, P.A. или ее представителям для оказания медицинского обслуживания, мы обязуемся получить от вас письменное согласие.

Мы можем использовать и разглашать медицинскую информацию для следующих целей:

Напоминания о приемах у врача и другой медицинской информации. Мы можем использовать вашу медицинскую информацию, чтобы отправлять вам напоминания о будущих приемах. Мы также можем связаться с вами, чтобы сообщить о новых или альтернативных вариантах лечения или других медицинских услугах.

- **Предотвращения серьезных угроз здоровью и безопасности.** Мы можем использовать и разглашать вашу медицинскую информацию, если она понадобится для предотвращения серьезной угрозы здоровью или безопасности непосредственно вам, другому человеку или общественности. В таком случае доступ к информации будет предоставлен только тем лицам, которые способны помочь в предотвращении угрозы. При этом раскрытие информации допускается законодательством штата Миннесота только при наличии письменного согласия, или если подобное разглашение предусмотрено законом, включая отдельные особые случаи, когда у специалистов здравоохранения компании MNGI Digestive Health, P.A. или ее представителей возникает "обязанность предупредить".
- **Уведомления людей, которые заботятся о вас и вашем здоровье.** Компания MNGI Digestive Health, P.A. или ее представитель имеют право раскрывать медицинскую информацию людям, которые о вас заботятся, оплачивают ваши счета, другим близким членам семьи или друзьям, только если такая медицинская информация необходима им непосредственно для оказания помощи, и только в случаях, предусмотренных законом. К примеру, мы можем предоставить ограниченный объем медицинской информации, чтобы член семьи смог купить для вас прописанные лекарства. В большинстве случаев, прежде чем предоставлять медицинскую информацию членам вашей семьи или друзьям, мы обязуемся получить письменное согласие. Если вы будете не в состоянии принимать решения касательно медицинских услуг, компания MNGI Digestive Health, P.A. или ее представитель потребует от вас устное разрешение на раскрытие вашей медицинской информации в упомянутых целях. Если вы будете не в состоянии принимать решения касательно медицинских услуг, компания MNGI Digestive Health, P.A. или ее представитель могут все же раскрыть необходимую медицинскую информацию членам семьи или другим ответственным лицам, если мы посчитаем, что так будет лучше в вашей ситуации, особенно при чрезвычайных обстоятельствах.

- **Случаи, предусмотренные законом.** Мы будем вынуждены поделиться вашей медицинской информацией в случаях, предусмотренных законодательством государства, штата или региона.
- **Исследования.** Федеральное законодательство разрешает компании MNGI Digestive Health, P.A. или ее представителю использовать и разглашать вашу медицинскую информацию в научно-исследовательских целях. Для этого до начала исследования понадобится ваше непосредственное письменное разрешение или проверка исследования на защиту конфиденциальности, проведенная Экспертным советом медицинского учреждения или Комиссией по защите персональных данных. В некоторых случаях исследователи могут получить разрешение на ограниченное использование информации, чтобы определить, соответствует ли исследование или его возможные участники всем требованиям. Законодательством штата Миннесота установлено, что прежде чем раскрывать медицинскую информацию сторонним научным сотрудникам, мы обязаны получить на это общее согласие. Мы добросовестно отнесемся к тому, чтобы получить ваше согласие или несогласие на участие в любом исследовании в соответствии с законом, прежде чем разглашать сторонним исследователям информацию, позволяющую идентифицировать вашу личность.
- **Деловые партнеры.** Для предоставления некоторых услуг компании MNGI Digestive Health, P.A. или ее представителю может потребоваться посредничество делового партнера. Таковыми можно считать юристов, консультантов, агентства по сбору платежей и организации по сертификации, которые сотрудничают с компанией MNGI Digestive Health, P.A. или ее представителем. Мы можем делиться вашей информацией с деловыми партнерами, чтобы предоставить им возможность выполнять свои обязанности по контракту. Для предотвращения дальнейшего разглашения информации каждый деловой партнер обязан подписать договор о надлежащей защите и умалчивании информации, если законом не разрешено другое.
- **Военнослужащие и ветераны.** Если вы служащий Вооруженных сил, мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию по запросу высшего военного командования, при условии что это предусмотрено законом или вы предоставили свое письменное согласие. Мы также можем раскрыть медицинскую информацию представителей иностранных Вооруженных сил по запросу соответствующего военного командования в установленном законодательством порядке или с письменного разрешения.
- **Донорство органов и тканей.** Если вы являетесь донором органов, мы можем предоставить вашу медицинскую информацию организациям, которые отвечают за поставку органов или трансплантацию органов, глаз или тканей, а также банкам донорских органов, если это понадобится для ускорения процесса пожертвования и трансплантации органа или ткани.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ

- **Здравоохранение.** Мы можем разглашать вашу медицинскую информацию для содействия органам здравоохранения. Сюда входят случаи, когда необходимо:
 - Предотвратить или вылечить болезнь, травму или физический недостаток
 - Предоставить отчет о рождениях и смертях
 - Оповестить о жестоком обращении с детьми или невыполнении родительских обязанностей
 - Предоставить данные о реакциях на медикаменты или проблемах с продуктами
 - Оповестить людей об отзыве продуктов, которые они могут использовать
 - Предупредить человека, который мог подвергнуться воздействию болезни, риску заражения или распространения болезни или расстройства
 - Оповестить соответствующий орган власти в случае получения доказательств того, что пациент был жертвой изнасилования, безнадзорности или домашнего насилия. Мы имеем право распространять информацию только с вашего согласия, или если это предусмотрено или разрешено законом
- **Пособие по нетрудоспособности.** Мы можем делиться вашей медицинской информацией для предоставления пособия по нетрудоспособности или других программ. Эти программы компенсируют расходы на лечение травм и болезней, полученных на рабочем месте.
- **Осуществление надзора в области здравоохранения.** Мы можем делиться медицинской информацией со службами по надзору в области здравоохранения, проводящими операции, предусмотренные законом. К таким операциям обычно относятся финансовые ревизии, исследования, инспекции и лицензирование. Надзор в области здравоохранения необходим государству для осуществления контроля над системой здравоохранения, государственными программами и соответствием законодательству в области гражданских прав.
- **Судебные дела и конфликты.** Если вы вовлечены в конфликт или судебное дело, мы можем предоставить вашу медицинскую информацию по запросу суда или приказу административного органа. Мы также можем поделиться вашей медицинской информацией в ответ на повестку с вызовом в суд, запрос на документы или другой судебный приказ от лица, вовлеченного в конфликт, но только если вы уведомлены о подобном запросе, или после получения разрешения на защиту запрашиваемой информации.
- **Национальная безопасность и разведывательная деятельность.** Мы можем предоставить вашу медицинскую информацию уполномоченным федеральным должностным лицам, запрашивающим такую информацию в целях разведки, контрразведки и другой деятельности, связанной с национальной безопасностью и разрешенной законом.
- **Правоохранительные органы.** Мы можем раскрыть медицинскую информацию по запросу сотрудника правоохранительных органов:
 - В ответ на распоряжение суда, повестку с вызовом в суд, ордер, иск или похожие процессы
 - Для идентификации или обнаружения подозреваемого лица, беглого преступника, важного свидетеля или человека, пропавшего без вести
 - О жертве преступления, если в отдельных особых случаях у нас не будет возможности получить согласие этого человека
 - О смерти, которая, по нашим убеждениям, произошла вследствие преступления
 - О преступлении, произошедшем в пределах учреждения или центра амбулаторной хирургии
 - В чрезвычайной ситуации, чтобы оповестить о преступлении, месте преступления или жертвах, а также о личности, приметах или местонахождении человека, который совершил преступление
- **Судебные следователи, судмедэксперты и уполномоченные похоронных бюро.** Мы можем поделиться медицинской информацией с судебным следователем или судмедэкспертом. Это необходимо, к примеру, для идентификации покойного человека или для определения причины смерти. Мы также можем раскрыть информацию о пациентах уполномоченным лицам похоронных бюро, если это потребуется для исполнения их обязанностей.
- **Служба личной безопасности президента и другое.** Мы можем предоставить вашу медицинскую информацию уполномоченным федеральным должностным лицам, если она понадобится для защиты президента, других уполномоченных лиц или глав других государств, а также для проведения специальных расследований. Мы можем использовать вашу медицинскую информацию для принятия решений касательно вашей медицинской пригодности для допуска к работе с секретной информацией или в иностранной службе безопасности. Мы также можем раскрывать сведения о вашей медицинской пригодности представителям государственного департамента, которым нужен доступ к этой информации по упомянутым причинам.
- **Заключенные.** Если вы являетесь узником исправительного заведения или находитесь под стражей сотрудника правоохранительных органов, мы можем предоставить вашу медицинскую информацию исправительному заведению или сотруднику правоохранительных органов. Подобное разглашение информации является необходимым (1) для предоставления учреждением медицинских услуг; (2) для охраны здоровья и безопасности непосредственно вас или других людей или (3) для защиты и безопасности исправительного заведения.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Использование и разглашение с вашего разрешения:

- **Использование и разглашение с вашего разрешения.** Кроме случаев, описанных выше, компания MNGI Digestive Health, P.A. или ее представитель не станут использовать и распространять конфиденциальную информацию о вашем здоровье без вашего непосредственного письменного разрешения. К примеру, доступ к записям психотерапевта, маркетинговые коммуникации или продажа защищенной медицинской информации не являются санкционированными без вашего письменного разрешения. Предоставив нам письменное разрешение на использование и разглашение медицинской информации, вы сможете в любой момент отозвать это разрешение, создав соответствующее письменное заявление. Если вы отзовете разрешение, мы прекратим использовать или разглашать вашу медицинскую информацию по причинам, указанным в вашем письменном разрешении, если мы уже не сделали это с вашего разрешения. Мы не сможем отменить разглашения информации, уже произошедшие с вашего разрешения, и обязаны сохранять отчетность о предоставленной вам медицинской помощи.

Ваши права, касающиеся медицинской информации:

- **Право на учет разглашений.** У вас есть право получить "учет разглашений". Так называется созданный нами список разглашений вашей медицинской информации.
 - Чтобы получить список или учет разглашений, необходимо отправить письменный запрос компании MNGI Digestive Health, P.A. по адресу: Privacy Officer, PO Box 14909 Minneapolis, MN 55414. В вашем запросе должен быть указан период времени, не больше чем шесть лет, но не раньше даты 14 апреля 2003 года. В запросе также нужно уточнить желаемую форму предоставления списка (например, печатную, электронную). Первый список, который вы запросите в течение года, будет бесплатным. За предоставление дополнительных списков может взиматься плата. Мы оповестим вас о предположительной стоимости, после чего вы сможете либо отменить запрос, либо изменить его в любое время, прежде чем мы начислим плату.

- **Право на уведомление об утечке.** Компания MNGI Digestive Health, P.A. или ее представитель согласно закону обязаны оповестить соответствующих индивидуумов в случае утечки их незащищенной конфиденциальной медицинской информации.
- **Право на исследование и копирование.** У вас есть право на исследование и копирование медицинской информации, исходя из которой принимаются решения касательно вашего лечения. В большинстве случаев это медицинские и платежные документы.
 - Если вы хотите исследовать и скопировать вашу медицинскую информацию, необходимо отправить письменный запрос: компании MNGI Digestive Health, P.A. по адресу: Privacy Officer, PO Box 14909; Minneapolis, MN 55414.
 - Если вы запросите копию информации, с вас может взиматься плата, предусмотренная законом, за расходы на копирование или пересылку или другие расходы, связанные с вашим запросом.
 - В определенных и крайне особых обстоятельствах мы можем отклонить ваш запрос на исследование и копирование. Если вам отказали в доступе к медицинской информации, можете отправить запрос на пересмотр этого решения. Мы обязуемся выполнить требования по итогам пересмотра.
- **Право на исправление информации.** Если вы заметите, что в вашей медицинской информации указаны неправильные или неполные сведения, мы можем исправить информацию по вашему запросу. Вы можете отправить запрос на исправление в течение всего времени хранения информации в учреждении.
 - Запрос на исправление информации необходимо составить в письменной форме и отправить компании MNGI Digestive Health по адресу: Privacy Officer, PO Box 14909; Minneapolis, MN 55414. Помимо этого необходимо указать причину, по которой вы требуете исправления.
 - Мы можем отклонить ваш запрос на исправление, если он не составлен в письменной форме или не содержит существенных оснований. Мы также можем отклонить ваш запрос, если вы требуете исправить информацию:

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ

- Которую создала не наша компания, кроме тех случаев, если человек или организация, создавшие такую информацию, больше не могут внести поправки.
- Которая не является частью медицинской информации, хранящейся в нашем учреждении или для него.
- Которая не является частью информации, доступной вам для исследования и копирования.
- Является точной и исчерпывающей.

- **Право на конфиденциальную коммуникацию.** Вы имеете право отправить запрос на использование конфиденциальной коммуникации. К примеру, можно попросить связываться с вами только по рабочим контактам или по почте. Для этого необходимо отправить письменный запрос компании MNGI Digestive Health, P.A. по адресу: Privacy Officer, PO Box 14909 Minneapolis, MN 55414. Указывать причину запроса необязательно. Одобрятся все запросы, оформленные в допустимой форме. В запросе нужно уточнить, по каким контактам с вами нужно связываться и каким способом.
- **Право на наложение ограничений.** Вы имеете право отправить запрос на ограничение конфиденциальной информации, которую мы используем или разглашаем в целях лечения, проведения оплаты или операций по медицинскому обслуживанию. К примеру, вы можете потребовать, чтобы мы не использовали и не разглашали информацию о перенесенной вами хирургической операции. Мы не обязаны одобрять ваше требование. Если же такое требование будет удовлетворено, мы согласны выполнить его, только если соответствующая информация не понадобится для оказания неотложной медицинской помощи. Однако, если вы полностью оплатите свое лечение или продукт, мы выполним требование на ограничение разглашения информации программам медицинского страхования или страховым компаниям в целях проведения оплаты или оказания медицинского обслуживания, если только разглашение не предусмотрено законом или используется в целях лечения.

○ Чтобы потребовать ограничения, необходимо отправить письменный запрос компании MNGI Digestive Health, P.A. по адресу: Privacy Officer, PO Box 14909 Minneapolis, MN 55414. В запросе необходимо упомянуть: (1) какую информацию вы хотите ограничить; (2) что именно вы хотите ограничить (использование, разглашение или все вместе) и (3) на кого вы хотите наложить ограничения (например, разглашение информации вашему супругу).

- **Право на печатную копию этого Уведомления.** Вы можете попросить нас предоставить вам печатную копию этого Уведомления в любое время. Вы можете получить печатную копию, даже если согласились получить это Уведомление в электронном виде.

- Получить копию этого Уведомления можно на нашем веб-сайте: www.mngi.com
- Чтобы получить печатную копию этого Уведомления, обратитесь в компанию MNGI Digestive Health, P.A.
 - по почтовому адресу: Privacy Officer, PO Box 14909; Minneapolis, MN 55414
 - Телефон: 612-871-1145, доп. 2

Вопросы и жалобы:

- **Жалобы.** Если вы полагаете, что ваше право на неприкосновенность частной жизни нарушено, направьте жалобу в наше медицинское учреждение или в Министерство здравоохранения и социального обеспечения. За подачу жалобы не взимается никакая-либо плата. Все жалобы следует подавать в письменном виде.

Для подачи жалобы в:

наше медицинское учреждение:

MNGI Digestive Health, P.A. по адресу:
Patient Advocate
Box P.O. 14909
Minneapolis, MN 55414

органы здравоохранения и социального обеспечения:

Министерство здравоохранения и социального обеспечения США по адресу: Office of Civil Rights
200 Independence Ave. SW Washington,
D.C. 20201

- **Вопросы и дополнительная информация.** В случае возникновения каких-либо вопросов или необходимости в дополнительной информации касательно наших процедур обеспечения конфиденциальности и непосредственно этого Уведомления обращайтесь в Управление информации в области здравоохранения (HIM) по телефону 612-871-1145, доп. 2.

Изменения в этом Уведомлении. Мы оставляем за собой право вносить изменения в это Уведомление. Это Уведомление начинает действовать с 14 апреля 2003 года и остается в силе, пока мы его не заменим. Мы оставляем за собой право ввести в действие изменения или дополнения действующего Уведомления в отношении всей уже имеющейся у нас медицинской информации о вас, а также в отношении любой информации, которую мы получим в будущем. Копия текущего Уведомления будет размещена в помещении медицинского учреждения. Кроме того, вы будете получать копию этого Уведомления во время первичного предоставления услуг и каждый год с этого момента.

Последнее обновление: март 2016 г.