

**СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И БОЛЬНИЦ ОКРУГА КУК  
УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ  
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

**В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ, КАКИМ ОБРАЗОМ МОГУТ  
БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ ИЛИ ПРЕДОСТАВЛЕНЫ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ  
ДАННЫЕ О ВАШЕМ СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ И КАК ВЫ МОЖЕТЕ  
ПОЛУЧИТЬ ИНФОРМАЦИЮ ОБ ЭТОМ.  
ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ИЗУЧИТЕ ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ.**

**НАШИ ОБЯЗАННОСТИ.** Мы обязаны:

- Сохранять в тайне защищенную медицинскую информацию (ЗМИ).
- Обеспечивать конфиденциальность ЗМИ и предоставить вам данное уведомление.
- Выполнять положения уведомления, имеющего силу в настоящий момент.

**КАКИМ ОБРАЗОМ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И РАСКРЫТА  
ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕМ СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

В данном документе описываются ситуации, в которых ваша защищенная медицинская информация может быть использована и раскрыта. За исключением ситуаций, оговоренных в данном уведомлении, мы будем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию только с вашего письменного разрешения. Вы можете письменно аннулировать данное разрешение в любое время.

**ЛЕЧЕНИЕ.** Мы можем использовать и предоставлять третьим лицам защищенную медицинскую информацию для осуществления вашего лечения и обслуживания. Например, мы можем предоставить ЗМИ врачам, медсестрам и другим медицинским работникам, включая лиц, которые не являются сотрудниками Системы здравоохранения и больниц округа Кук, но участвуют в вашем лечении, в связи с чем им необходимо ознакомиться с защищенной медицинской информацией для оказания вам медицинской помощи.

**ОПЛАТА.** Мы можем использовать и раскрывать вашу ЗМИ с целью получения нами или третьими лицами оплаты за предоставленные вам лечение и услуги. Например, мы можем связаться с Medicare, Medicaid, вашей страховой компанией или другой компанией или программой, которые занимаются организацией или оплатой вашего медицинского обслуживания частично или в полном объеме.

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.** Мы можем использовать и раскрывать ЗМИ с целью обеспечения организационной стороны медицинского обслуживания. Использование и раскрытие информации необходимо для того, чтобы все наши пациенты получали качественное медицинское обслуживание, а также для организации и

управления программами, существующими в нашей системе здравоохранения. Например, мы можем использовать и раскрывать вашу ЗМИ, чтобы удостовериться, что вы получаете качественное медицинское обслуживание. Мы также можем предоставить ЗМИ другим организациям, имеющим к вам отношение (например, вашей страховой компании), для осуществления ими деятельности по организации медицинского обслуживания.

**НАПОМИНАНИЯ О ПОСЕЩЕНИЯХ. АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ, ЛЬГОТЫ И УСЛУГИ, СВЯЗАННЫЕ С СОСТОЯНИЕМ**

**ЗДОРОВЬЯ.** Мы можем использовать и раскрывать ЗМИ для того, чтобы связаться с вами и напомнить вам о назначенном посещении. Также мы можем использовать и раскрыть ЗМИ для того, чтобы рассказать вам об альтернативных вариантах лечения, а также льготах и услугах, имеющих отношение к состоянию здоровья, которые могут вас заинтересовать.

**ОСОБЫЕ СИТУАЦИИ**

**СОГЛАСНО ТРЕБОВАНИЯМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА.** Мы раскроем ЗМИ согласно требованиям местного законодательства, законодательства штата, федерального и международного законодательства.

**СЕМЬЯ И ДРУЗЬЯ.** По вашему указанию мы можем предоставить вашу защищенную медицинскую информацию вашим родственникам, друзьям или любым другим лицам, участвующим в организации вашего медицинского обслуживания или помогающим с его оплатой. Если вы находитесь в одном из наших учреждений, мы можем проинформировать ваших родственников или друзей о вашем состоянии. Также мы можем предоставить вашу медицинскую информацию организации, занимающейся ликвидацией последствий катастроф, чтобы ваших родственников могли проинформировать о вашем состоянии и местонахождении. Вы можете запретить предоставлять эту информацию, но вы должны проинформировать нас об этом запрете.

**УГРОЗА ЗДОРОВЬЮ ИЛИ БЕЗОПАСНОСТИ.** Мы можем использовать и раскрывать ЗМИ, когда необходимо предотвратить серьезную угрозу вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности населения или другого лица. При этом информация будет передана только лицам, которые могут предотвратить эту угрозу.

**ЭКСТРЕННЫЕ СИТУАЦИИ.** Мы можем использовать или раскрывать ЗМИ для предоставления медицинской помощи в экстренной ситуации.

**ДЕЛОВЫЕ ПАРТНЕРЫ.** Мы можем раскрывать ЗМИ нашим деловым партнерам, которые выполняют действия от нашего лица или предоставляют нам услуги, если эта ЗМИ необходима для выполнения данных действий или предоставления услуг. Все наши деловые партнеры обязаны защищать конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации и не имеют

права использовать или раскрывать ЗМИ в целях, отличных от оговоренных в наших договорах.

**ДОНОРСТВО ОРГАНОВ ИЛИ ТКАНЕЙ.** Если вы — донор органа, мы можем использовать или предоставить ЗМИ организациям, осуществляющим трансплантационную координацию, или другим учреждениям, участвующим в получении, хранении или транспортировке органов, глаз или тканей, с целью содействовать донорству органов, глаз и тканей и осуществлять их транспортировку.

**ВОЕННОСЛУЖАЩИЕ И ВЕТЕРАНЫ.** Если вы военнослужащий, мы можем использовать ЗМИ согласно требованиям военного руководства. Если вы являетесь иностранным военнослужащим, мы можем предоставлять ЗМИ соответствующему иностранному военному командованию.

**ПРОГРАММЫ КОМПЕНСАЦИИ РАБОТНИКАМ.** Мы можем предоставлять ЗМИ программам компенсации работникам или другим подобным программам, которые осуществляют координацию выплат за травмы или заболевания, полученные на работе.

**УГРОЗЫ ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ.** Мы можем раскрывать ЗМИ в связи с мероприятиями по охране здоровья населения. Эти мероприятия, как правило, включают раскрытие информации с целью предотвратить или взять под контроль распространение заболевания, травмы или нетрудоспособности: сообщать о рожденьях и смертях; сообщать об инфекционных или венерических заболеваниях, о случаях жестокого обращения с детьми или невыполнении обязанностей в отношении детей, реакциях на медикаменты или проблемах с продуктами; извещать лиц об отзыве продуктов, которыми они могут пользоваться; проинформировать лицо, которое могло находиться в контакте с инфекционным заболеванием, подвергнуться риску заражения или нести риск распространения заболевания; известить соответствующие органы власти, если мы считаем, что пациент является жертвой жестокого обращения или домашнего насилия или по отношению к нему не выполнялись обязанности. Мы раскроем информацию, только если вы дадите свое согласие или в случаях, предусмотренных законом.

**МЕРОПРИЯТИЯ ПО НАДЗОРУ ЗА ОРГАНАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.** Мы можем предоставлять ЗМИ организации по надзору за органами здравоохранения для осуществления действий, предусмотренных законом. Действия по надзору включают, например, расследования, проверки и лицензирование. При помощи этих действий правительство контролирует систему здравоохранения, государственные программы и выполнение норм гражданского законодательства. Если вы вовлечены в судебный процесс или конфликт, мы можем раскрыть ЗМИ в ответ на запрос суда или по административному предписанию. Также мы можем раскрыть ЗМИ в ответ на вызов в суд, требование о предоставлении документов или другое законное действие, предпринятое лицом, вовлеченным в спор, но только если были предприняты шаги для того, чтобы проинформировать вас о данном требовании или получить предписание, защищающее затребованную ЗМИ.

## **СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И БОЛЬНИЦ ОКРУГА КУК УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

**ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫЕ ОРГАНЫ.** Мы можем предоставлять ЗМИ по требованию сотрудника правоохранительных органов, если ЗМИ: (1) истребована в результате распоряжения суда, вызова в суд, ордера, повестки или иной подобной процедуры; (2) является ограниченной информацией, требуемой для того, чтобы обнаружить подозреваемого, лицо, скрывающееся от правосудия, важного свидетеля или безвестно отсутствующее лицо; (3) относится к жертве преступления, даже если, в исключительных обстоятельствах, мы не можем получить согласие лица; (4) относится к смерти, которая, по нашему мнению, явилась результатом преступного поведения; (5) имеет отношение к преступному поведению на нашей территории; (6) в экстренной ситуации с целью сообщить о преступлении, месте преступления или местонахождении жертвы, личности, описании и местонахождении лица, совершившего преступление.

**СЛЕДОВАТЕЛИ, СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ЭКСПЕРТЫ И СОТРУДНИКИ ПОХОРОННЫХ БЮРО.** Мы можем предоставлять ЗМИ следователю или судебно-медицинскому эксперту. Это может потребоваться, например, для установления личности умершего или для выяснения причины смерти. Также мы можем предоставлять ЗМИ сотрудникам похоронного бюро, если это необходимо для выполнения ими своих обязанностей.

**НАЦИОНАЛЬНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РАЗВЕДЫВАТЕЛЬНЫХ СЛУЖБ.** Мы можем предоставлять ЗМИ уполномоченным государственным служащим для осуществления разведывательных и контрразведывательных мероприятий и другой деятельности по защите национальной безопасности, разрешенной законодательством. Также мы можем предоставлять ЗМИ уполномоченным государственным служащим с целью обеспечения безопасности президента, других уполномоченных лиц, глав иностранных государств, а также для проведения специальных расследований.

**ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРАЯ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ЛИЧНО ИДЕНТИФИЦИРОВАНА.** Мы можем использовать или раскрывать вашу ЗМИ таким образом, что вы не будете лично идентифицированы или же в ней не будет содержаться указаний на вас.

**ДРУГИЕ СФЕРЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ**  
Мы не будем использовать или раскрывать вашу ЗМИ в каких-либо иных целях, отличных от описанных в предыдущих разделах, без вашего особого Разрешения. Мы должны получить ваше Разрешение отдельно от любого Согласия, которое вы могли дать. Если вы дали нам Разрешение на использование или раскрытие вашей ЗМИ, вы можете письменно аннулировать это Разрешение в любое время. Если вы аннулируете свое Разрешение, мы больше не будем использовать или раскрывать

вашу ЗМИ в целях, которые были указаны в вашем письменном Разрешении, но мы не можем отменить те случаи, когда информация уже была с вашего разрешения использована или раскрыта.

В штате Иллинойс требуется особое разрешение в письменном виде (отличное от упомянутых выше Разрешения и Согласия) для того, чтобы раскрыть или предоставить данные о лечении психических заболеваний, алкоголизма, наркотической зависимости или ВИЧ/СПИД.

Мы не используем и не раскрываем ЗМИ в целях рекламы или научных исследований.

## **ВАШИ ПРАВА**

У вас есть следующие права относительно вашей защищенной медицинской информации, имеющейся в нашем распоряжении:

**ПРАВО ОЗНАКОМИТЬСЯ И СНЯТЬ КОПИЮ.** У вас есть право ознакомиться и снять копию с ЗМИ, которая может использоваться при принятии решений о вашем медицинском обслуживании или его оплате. Сюда входит медицинская информация и счета, за исключением записей психотерапевта. Чтобы ознакомиться с этой ЗМИ и снять ее копию, вы должны обратиться с письменным запросом в: The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. За копию этой ЗМИ может взиматься плата, разрешенная законодательством штата Иллинойс. В некоторых исключительных обстоятельствах мы можем отказать в данной просьбе. Вы можете ходатайствовать о пересмотре отказа. Если данный пересмотр требуется по закону, мы обратимся к лицензированному медицинскому специалисту, который рассмотрит ваш запрос и наш отказ. Лицо, осуществляющее данную проверку, не будет тем же лицом, которое отказало в удовлетворении вашего запроса, и мы выполним решение, принятое в результате пересмотра.

**ПРАВО ВНЕСТИ ИЗМЕНЕНИЯ.** Вы можете подать запрос о внесении изменений в ЗМИ, если считаете ее неверной или неполной. У вас есть право запросить внесение изменений в течение всего времени, пока ЗМИ хранится в нашем офисе для использования в нашем офисе. Чтобы подать запрос о внесении изменений, вам необходимо в письменном виде обратиться по адресу: The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Ваш запрос может быть отклонен в пределах, разрешенных законом.

**ПРАВО ЗАПРОСИТЬ СВЕДЕНИЯ О СЛУЧАЯХ РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ ИНФОРМАЦИИ.** Вы имеете право запросить перечень случаев раскрытия вашей ЗМИ в целях, отличных от лечения, оплаты и организации медицинского обслуживания, которые не являются исключениями, отчетность о которых не требуется, или на которые вы дали письменное разрешение. Чтобы подать запрос о получении подобного перечня, вам необходимо в письменном виде обратиться по адресу: The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System,

1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. С вас может быть взята плата на покрытие расходов, связанных с предоставлением перечня. Мы уведомим вас о стоимости услуги, и в этот момент вы сможете отозвать или изменить запрос до того, как его оплачивать.

**ПРАВО ТРЕБОВАТЬ НАЛОЖЕНИЯ ОГРАНИЧЕНИЙ.** У вас есть право попросить нас о наложении ограничений на защищенную медицинскую информацию, которую мы используем или разглашаем в связи с лечением, оплатой или организацией медицинского обслуживания. Также вы имеете право потребовать наложения ограничений на защищенную медицинскую информацию, которую мы предоставляем лицам, участвующим в вашем медицинском обслуживании или его оплате (например, родственникам или друзьям). Например, вы можете подать запрос о том, чтобы информация о каком-либо диагнозе или курсе лечения не предоставлялась вашему супругу. Чтобы подать запрос о наложении ограничений, вам необходимо в письменном виде обратиться по адресу: The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Мы не обязаны выполнять ваш запрос. В случае положительного решения по данному запросу, мы соглашаемся выполнить ваше требование за исключением тех случаев, когда защищенная медицинская информация требуется для оказания экстренной медицинской помощи.

**ПРАВО ПОТРЕБОВАТЬ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ.** У вас есть право обратиться с запросом, чтобы мы связывались с вами по медицинским вопросам определенным способом или по определенному адресу. Например, вы можете попросить, чтобы мы связывались с вами только по почте или только на работе. Чтобы подать запрос о соблюдении конфиденциальности в процессе передачи информации, вам необходимо в письменном виде обратиться по адресу: The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. В запросе необходимо указать ваши предпочтения насчет того, каким образом и где с вами лучше связываться. Мы выполним разумные просьбы.

**ПРАВО ПОЛУЧИТЬ БУМАЖНЫЙ ЭКЗЕМПЛЯР ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ.** У вас есть право получить бумажный экземпляр данного уведомления. Вы в любое время можете попросить нас предоставить вам копию данного уведомления. Чтобы получить бумажный экземпляр уведомления, обратитесь по адресу: The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612

**ИЗМЕНЕНИЯ В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ.** Мы оставляем за собой право вносить изменения в данное уведомление и применять новое уведомление в отношении защищенной медицинской информации, которая уже находится в нашем распоряжении, наряду с любой информацией, которую мы получим в будущем. Копия текущего уведомления будет находиться в нашем офисе. На первой странице уведомления под названием будет указана дата его вступления в силу.

## **ЖАЛОБЫ**

Если вы полагаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены, вы можете подать жалобу в Систему здравоохранения и больниц округа Кук или Секретарю Департамента здравоохранения и социального обеспечения. Чтобы подать жалобу в Систему здравоохранения и больниц округа Кук, обратитесь по адресу: The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Все жалобы должны подаваться в письменном виде. Подача жалобы не повлечет для вас негативных последствий.