

Ваша информация. Ваши права. Наши обязанности.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОГО ОБРАЩЕНИЯ С ИНФОРМАЦИЕЙ ДЕПАРТАМЕНТ ОКРУГА КИНГ ПО ВОПРОСАМ СООБЩЕСТВА И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ (KING COUNTY DEPARTMENT OF COMMUNITY AND HUMAN SERVICES)

Дата вступления в силу: 16 февраля 2026 г.

В этом уведомлении представлена информация о том, как может быть использована и раскрыта ваша медицинская информация:

- *Как может быть использована и раскрыта ваша медицинская информация.*
- *Ваши права в отношении вашей медицинской информации.*
- *Как подать жалобу в связи с нарушением конфиденциальности или безопасности вашей медицинской информации, либо ваших прав в отношении вашей информации.*

Пожалуйста, внимательно прочитайте это уведомление.

Вы имеете право на получение копии данного Уведомления (в бумажном или электронном виде) и на обсуждение его с сотрудником по вопросам конфиденциальности Департамента округа Кинг по вопросам сообщества и предоставления услуг населению по телефону 206-263-6920 или электронной почте DCHS_Privacy@kingcounty.gov, если у вас возникнут какие-либо вопросы.



King County

Раздел 1: Ваши права в отношении вашей медицинской информации

У вас имеются определенные права в том, что касается использования вашей медицинской информации. В настоящем разделе разъяснены ваши права, а также некоторые из наших обязательств, которые мы выполняем в помощь вам.

Получить копии вашей медицинской информации.

- Вы можете запросить о просмотре или о получении копии относящейся к вам медицинской информации, имеющейся у нас. Узнайте у нас, как подать такой запрос.
- Мы предоставим вам копию или выписку вашей медицинской информации, как правило, через 30 дней с момента получения вашего запроса.

Запросить нас исправить вашу медицинскую информацию.

- Вы можете попросить нас внести исправления в вашу медицинскую информацию, если, по вашему мнению, она является неверной или неполной. Узнайте у нас, как подать такой запрос.
- Если мы ответим на ваш запрос отрицательно, мы пришлем вам письменное обоснование причин, по которым запросы был отклонен, в течение 60 дней.

Запросить о конфиденциальной коммуникации.

- Вы можете попросить нас связываться с вами определенным способом (к примеру, звонить на домашний или рабочий телефон) или отправлять вам почту на выбранный вами адрес.
- Мы рассмотрим все обоснованные запросы и обязаны ответить «да», если вы подтвердите риски, угрожающие вам в противном случае.

Запросить об ограничении использования и раскрытия информации.

- Вы можете попросить нас не использовать или не раскрывать относящуюся к вам медицинскую информацию в целях лечения, осуществления оплаты или в рамках выполнения наших функций. Мы не обязаны удовлетворять такие запросы и можем сказать «нет», если они потенциально негативно скажутся на результатах ухода за вами.
- Мы не можем передавать информацию о вашем расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ, в целях лечения или оплаты, без вашего письменного согласия.

Получить список лиц, которым была передана относящаяся к вам информация.

- Вы можете запросить нас предоставить вам перечень (называется «отчет») всех случаев раскрытия относящейся к вам медицинской информации, всех лиц, которым такая информация была передана, а также причин ее передачи за шесть лет до даты подачи такого запроса.
- В перечень будут включены все случаи раскрытия нами вашей информации, за исключением данных о регулярном лечении, оплате и мероприятиях медицинского ухода.

Запросить данные о случаях раскрытия информации другими организациями, участвующими в вашем нынешнем и будущем лечении расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ.

- Вы имеете право запросить список случаев, когда мы передавали информацию о вашем лечении расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, в целях лечения, оплаты или оказания медицинской помощи. Этот список может охватывать период до трех лет до даты подачи вашего запроса и будет включать данные о том, кому мы передавали информацию и по какой причине.

Получить копию настоящего уведомления о конфиденциальности.

- Вы можете запросить печатную копию настоящего уведомления в любое время, даже в том случае, если вы выбрали получение настоящего уведомления по электронной почте. Мы предоставим вам печатную копию уведомления.

Выбрать представителя, который будет действовать от вашего имени.

- Если вы предоставили другому лицу доверенность на представление ваших интересов в сфере медицинского обслуживания, или если вы имеете законного опекуна, это лицо может принимать решения в отношении вашей медицинской информации.
- Мы проверим наличие у соответствующего лица доверенности и полномочий, дающих ему право действовать от вашего имени, прежде чем предпринимать какие-либо действия.

Подача жалоб в случае предполагаемого нарушения прав

- Вы можете подать жалобу, если считаете, что мы нарушили ваши права, отправив письмо по адресу: 401 Fifth Avenue, Suite 500, Seattle, WA 98104, Attn: Privacy Officer, или в Управление гражданских прав (Office for Civil Rights) при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services), направив письмо по адресу 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по номеру 1-877-696-6775 или посетив веб-сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- Какие бы то ни было ответные меры в отношении вас в связи с поданными жалобами предприниматься не будут.

Раздел 2: Использование и раскрытие нами информации: Как мы обычно используем и раскрываем информацию о состоянии вашего здоровья?

Помощь в управлении получаемым вами медицинским обслуживанием

- Мы можем использовать вашу медицинскую информацию и поделиться ей с профессионалами, которые обеспечивают ваше лечение и уход, координируют ваше обслуживание или помогают вам в поиске жилья (если у вас нет жилья).
Пример: Поставщик услуг направляет нам информацию о получаемом вами лечении, чтобы мы могли организовать страховое покрытие или скоординировать дополнительные услуги.
- Какие бы то ни было ответные меры в отношении вас в связи с поданными жалобами предприниматься не будут.

Управление нашей организацией

- Мы можем использовать и раскрывать вашу информацию, чтобы эффективно оказывать свои услуги.
Пример: Мы можем просматривать вашу информацию, чтобы оценить эффективность предоставляемых нами услуг и найти способы улучшить качество медицинского обслуживания.

Оплата ваших медицинских услуг

- Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для оплаты вашего медицинского обслуживания.
Пример: Мы передаем информацию о вас в Департамент социального обеспечения и здравоохранения штата Вашингтон и Управление здравоохранения для оплаты услуг, которые вы получаете.

Раздел 3: Использование и раскрытие нами информации: Как еще мы используем и раскрываем информацию о состоянии вашего здоровья?

Мы имеем право или обязаны раскрывать вашу информацию другими способами. В частности, в общественно-полезных целях: для обеспечения здоровья населения или в рамках научно-исследовательской деятельности. Мы должны обеспечить соответствие целому ряду законодательных норм прежде чем мы сможем раскрывать вашу информацию в подобных целях. Более подробная информация:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Помощь в решении проблем в сфере здравоохранения и безопасности.

Мы можем раскрыть касающуюся вас медицинскую информацию в определенных условиях, в частности:

- Чтобы предотвратить заболевание.
- Для сообщения о предполагаемых случаях жестокого обращения, отсутствия заботы или домашнего насилия.
- Для предотвращения или снижения серьезной угрозы здоровью или безопасности людей.

В научно-исследовательских целях.

Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию в рамках научно-исследовательской деятельности.

В контексте соблюдения норм законодательства.

Мы раскроем относящуюся к вам информацию в ответ на соответствующее требование законодательства штата или федерального законодательства, в том числе в ответ на требование Министерства здравоохранения и социального обеспечения (DHHS), если министерство захочет проверить соблюдение нами федерального закона о защите частной жизни граждан.

Обработка запросов о выплате компенсации работникам, запросов правоохранительных и прочих государственных органов.

Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию:

- Для обработки страховых требований о выплате компенсации работникам.
- В целях правоприменения или официальному представителю правоохранительных органов — только при определенных и ограниченных обстоятельствах.
- Органам, контролирующим деятельность учреждений сферы здравоохранения, для деятельности, разрешенной законом.

Реакция на иски и прочие судебные инициативы.

Мы можем раскрыть относящуюся к вам информацию во исполнение судебного приказа или административного предписания или же в ответ на предоставление документов в суд.

Другое использование и раскрытие информации.

Другие виды использования и раскрытия информации, не описанные в настоящем Уведомлении, будут осуществляться только с вашего письменного разрешения.

Раздел 4: Использование и раскрытие нами информации о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ

Конфиденциальность информации о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, защищается правилами, которые являются более строгими, чем правила, касающиеся более общей информации о здоровье. Например, мы не можем передавать информацию о ваших расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, в целях лечения, оплаты или управления нашей организацией без вашего письменного согласия.

Требование о согласии

- Вы можете дать одно согласие, которое охватывает все будущие случаи использования или раскрытия вашей информации в целях лечения, оплаты и оказания медицинской помощи.
- Вы можете отменить свое согласие в любое время, сообщив нам об этом в письменной форме. Отмена вступает в силу после получения нами вашего уведомления. Это не изменит и не отменит любое использование или раскрытие информации, которое уже произошло на основании вашего предыдущего согласия.
- Даже если ваша информация передается с вашего согласия, любой, кто ее получает, должен соблюдать те же правила конфиденциальности. Такие лица не могут передавать ее дальше без вашего разрешения.

Раскрытие информации без согласия

Федеральный закон разрешает или требует от нас передавать информацию о вашем расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ, даже без вашего письменного согласия, в следующих ситуациях:

- Медицинскому персоналу во время оказания неотложной медицинской помощи.
- Властям при сообщении о подозрении в жестоком или халатном обращении с детьми.
- Для сообщения о подозрении в преступной деятельности.
- Для исследований, аудитов или оценок.
- Когда этого требует судебный приказ.
- При работе с квалифицированной организацией по оказанию услуг в рамках утвержденного соглашения.

Другие виды использования и раскрытия информации о вашем расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ, не описанные в данном Уведомлении, будут осуществляться только с вашего письменного согласия.

Защита от использования вашей информации в судебных разбирательствах:

- Информация о вашем расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ, или любые свидетельские показания, основанные на ней, не могут быть использованы против вас в суде без вашего явного письменного согласия или судебного приказа.
- Если мы получим судебный приказ, вы должны быть уведомлены об этом и иметь возможность оспорить его.
- К судебному приказу должна быть приложена повестка о предоставлении в суд документов для обеспечения раскрытия информации.

Раздел 5: Наши обязанности

Конфиденциальность и безопасность вашей медицинской информации

- Мы обязаны в законодательном порядке обеспечивать конфиденциальность и безопасность вашей медицинской информации.
- Вы будете немедленно поставлены нами в известность если произойдет нарушение правил обращения с данными, способное поставить под вопрос конфиденциальность и безопасность вашей информации. О нарушениях федерального законодательства и нормативных актов будет сообщено в соответствующие органы в соответствии с федеральными нормативными актами.
- Мы должны обеспечить выполнение всех наших обязанностей, а также соблюдение всех политик конфиденциальности, на которые ссылается настоящее уведомление, а также предоставить вам копию настоящего уведомления.
- Мы не будем использовать или раскрывать информацию любыми способами, отличными от описанных в настоящем уведомлении, за исключением случаев, когда вы предоставите нам соответствующее письменное распоряжение. Если вы скажете, что мы можем делать это, то вы можете в любое время изменить свое решение. Сообщите нам в письменном виде, если вы передумаете.

Повторное раскрытие информации:

- После передачи часть вашей информации может быть повторно раскрыта получателем и больше не будет защищена теми же правилами.

Изменения условия настоящего уведомления

Мы можем изменить условия настоящего уведомления; измененные условия будут применимы ко всей относящейся к вам информации, находящейся в нашем распоряжении. Новое уведомление будет доступно на нашем веб-сайте и мы перешлем вам его копию по обычной почтой.

Раздел 6: Дополнительная информация

Дополнительная информация:

- www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.
- [Информационная справка 42 CFR Часть 2 окончательный вариант правила | HHS.gov](#)

**Департамент округа Кинг по вопросам сообщества и предоставления услуг населению
(King County Department of Community and Human Services)
Специалист по вопросам конфиденциальности (206)-263-6920
401 Fifth Avenue Suite 500, Seattle, WA 98104
электронная почта: DCHS_Privacy@kingcounty.gov**