

**МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР TUFTS (TUFTS MEDICAL CENTER)  
И АФФИЛИРОВАННЫЕ ПОСТАВЩИКИ\***

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ**

Дата вступления в силу: 14 апреля 2003 г.  
с изменениями от: 18 февраля 2010 г.  
с изменениями от: 18 ноября 2015 г.

ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ РЕГЛАМЕНТИРУЕТ ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВАМ ДОСТУПА К ВЫШЕУКАЗАННОЙ ИНФОРМАЦИИ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ДАННЫМ УВЕДОМЛЕНИЕМ.

*Медицинский центр Tufts оказывает медицинские услуги пациентам совместно с врачами и иными поставщиками медицинских услуг. Настоящее уведомление распространяется на Медицинский центр Tufts и на его аффилированные организации, перечисленные в конце данного уведомления.*

Закон обязывает нас защищать конфиденциальность медицинской информации, на основании которой может быть идентифицирована ваша личность, и предоставить вам экземпляр настоящего уведомления, в котором приводятся сведения о том, какие меры по защите конфиденциальности медицинской информации действуют в нашем медицинском центре и у аффилированных с нами поставщиков медицинских услуг. В настоящем уведомлении описаны ситуации, в которых мы вправе использовать и раскрыть медицинскую информацию о вас или о вашем ребенке. Кроме того, мы описываем ваши права и наши обязанности в отношении использования и раскрытия медицинской информации.

Экземпляры данного уведомления всегда размещены на видных местах, в том числе в местах приема и регистрации пациентов. Кроме того, вы сможете получить ваш собственный экземпляр уведомления в новой редакции на веб-сайте Медицинского центра Tufts по адресу: [www.tuftsmedicalcenter.org](http://www.tuftsmedicalcenter.org), позвонив в наш офис по телефону 617-636-4422 или во время вашего следующего посещения.

*В случае возникновения каких-либо вопросов по поводу настоящего уведомления или необходимости в получении дополнительной информации обращайтесь к специалисту Медицинского центра Tufts, ответственному за соблюдение конфиденциальности медицинских данных, по телефону 617-636-4422.*

**КАКИМ ОБРАЗОМ МЫ ВПРАВЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАСКРЫВАТЬ ВАШУ МЕДИЦИНСКУЮ  
ИНФОРМАЦИЮ БЕЗ ВАШЕГО ПИСЬМЕННОГО СОГЛАСИЯ**

**1. Лечение, обеспечение медицинского ухода и платежные операции.** Мы вправе использовать вашу медицинскую информацию, предоставлять ее нашим аффилированным организациям, делиться ею с иными лицами в целях лечения вашего заболевания, получения оплаты за указанное лечение, а также для обеспечения медицинского ухода. В ряде случаев мы также вправе раскрывать вашу медицинскую информацию, если в оказании отдельных услуг медицинского ухода или в процессе проведения оплаты участвует другой поставщик медицинских услуг или плательщик. Вы имеете право назначить личного представителя, который вправе действовать от вашего имени и контролировать конфиденциальность вашей медицинской информации. Родители и опекуны, как правило, имеют право контролировать конфиденциальность медицинской информации о несовершеннолетних, если только несовершеннолетним по закону не разрешено действовать самостоятельно. Ниже приводятся ситуации, в которых ваша информация может быть использована и раскрыта для вышеизложенных целей.

**Лечение.** Мы вправе использовать и раскрывать медицинскую информацию о вас в целях оказания медицинской помощи и услуг. Например, мы вправе раскрыть информацию о состоянии вашего здоровья докторам, сестрам, техникам, ординаторам, студентам или иным сотрудникам больниц либо агентств по оказанию ухода на дому, с тем чтобы они получили возможность оказать вам услуги или координировать ход длительного медицинского ухода.

**Оплата.** Мы вправе использовать информацию о состоянии вашего здоровья или делиться ею с иными лицам, с тем чтобы иметь возможность получить оплату за оказанные вам медицинские услуги. Например, мы можем передавать информацию о вас вашей медицинской страховой компании в целях получения возмещения по окончании вашего лечения или для определения возможности покрытия страховкой стоимости вашего лечения. Нам может также потребоваться сообщить вашей медицинской страховой компании сведения о состоянии вашего здоровья для получения предварительного согласия на ваше лечение, например, на вашу госпитализацию для проведения отдельных видов хирургических вмешательств. Мы, уполномоченные нами лица и наши бизнес-партнеры, включая сторонние коллекторские агентства, также вправе связываться с вами, в

том числе посредством устройств автоматического набора, по любому из указанных вами телефонных номеров, включая мобильные номера, и можем оставлять сообщения на автоответчике и голосовой почте, надиктованные предварительно записанным / искусственным голосом, в отношении вашего лечения или оплаты оказанных вам услуг. Кроме того, мы вправе делиться вашей информацией с другими поставщиками медицинских услуг и плательщиками в рамках платежных операций.

**Деятельность по обеспечению медицинского обслуживания.** Мы вправе использовать вашу медицинскую информацию или делиться ей с иными лицами в процессе нашей деятельности по обеспечению медицинского обслуживания. Например, мы вправе использовать информацию о вашем здоровье для того, чтобы оценить эффективность работы нашего персонала при оказании услуг ухода за вами или научить наших сотрудников тому, каким образом повысить качество оказываемых вам услуг ухода. Кроме того, мы вправе делиться вашей медицинской информацией с другими поставщиками медицинских услуг и плательщиками по поводу некоторых их операций по медицинскому обслуживанию, если эта информация связана с отношениями, которые у этого поставщика услуг или плательщика существуют либо существовали с вами, и при этом поставщик услуг или плательщик в силу федерального закона обязан сохранять конфиденциальность вашей медицинской информации.

Примеры деятельности по обеспечению медицинского обслуживания:

- Мониторинг качества обслуживания и внесение необходимых корректировок.
- Проверка точности и полноты медицинской документации .
- Обеспечение соответствия стандартам, установленным регулируемыми органами, например The Joint Commission.
- Обучение медицинских работников.
- Пользование внешними бизнес-услугами, такими как расшифровка аудиозаписей, хранение, аудит, юридические и другие консультационные услуги.
- Хранение вашей медицинской информации на компьютерах.
- Управление медицинской информацией и ее анализ.

**Напоминание о приеме, альтернативное лечение, льготы и услуги.** В ходе вашего лечения мы вправе использовать вашу медицинскую информацию для того, чтобы связаться с вами и напомнить о том, что вы записаны на прием для проведения лечения или оказания услуг в нашем учреждении. Кроме того, мы вправе использовать вашу медицинскую информацию для того, чтобы рекомендовать возможные альтернативы для лечения, льготы и услуги, которые могут быть вам интересны в связи с состоянием вашего здоровья, а также для того, чтобы попросить вас принять участие в опросе пациентов, который проводится с целью повышения качества предоставляемого вам обслуживания.

**Сбор пожертвований.** В целях поддержки нашей деятельности мы вправе использовать демографическую информацию о вас, в том числе информацию о вашем возрасте и поле, месте вашего проживания или работы, а также о датах прохождения вами лечения, для того чтобы связаться с вами с целью сбора пожертвований для оказания помощи в осуществлении нашей деятельности. Кроме того, мы вправе поделиться вышеуказанной информацией с благотворительным фондом, который от нашего лица свяжется с вами с целью сбора пожертвований. Если вы не желаете получать просьбы о пожертвованиях, вы вправе связаться с отделом развития Медицинского центра Tufts по телефону (617) 636-7656. Кроме того, во всех наших письмах, касающихся благотворительности, приводится информация о том, каким образом можно отказаться от получения просьб о пожертвованиях в будущем.

**Деловые партнеры.** Мы вправе раскрывать вашу медицинскую информацию подрядчикам, агентам и иным деловым партнерам, которым эта информация требуется для того, чтобы помочь нам в получении оплаты или ведении нашей коммерческой деятельности. Например, мы можем поделиться вашей медицинской информацией с компанией, которая занимается выставлением счетов и помогает нам получить оплату от вашей страховой компании. Если мы раскрываем вашу медицинскую информацию деловому партнеру, мы заключаем с указанным деловым партнером письменный договор, предусматривающий защиту конфиденциальности вашей медицинской информации.

**Обмен медицинской информацией.** Мы вправе раскрывать вашу медицинскую информацию в системе обмена медицинской информацией, называемой «Массачусетская магистраль медицинской информации» (Massachusetts Health Information Highway (“Mass HIway”)), которая действует на территории всего штата и представляет собой защищенную систему электронного обмена информацией по медицинским вопросам между различными организациями, включая частнопрактикующих врачей, больницы, лаборатории, аптеки, организации по сестринскому уходу и страховые компании. Подключение к системе Mass HIway позволяет нам получать более полное представление об историях болезни наших пациентов в целях оказания вам комплексного медицинского обслуживания. Если вы возражаете против распространения вашей информации в рамках Mass HIway, вы можете позвонить по телефону 617-636-4422 и заявить об этом специалисту Медицинского центра Tufts, ответственному за соблюдение конфиденциальности медицинской информации.

**2. Список пациентов/Члены семьи и друзья.** При отсутствии возражений с вашей стороны мы внесем вас в наш Список пациентов с указанием места вашего размещения и вашего общего состояния (хорошее, стабильное, критическое и т. д.), а также вашей религиозной принадлежности, на весь срок, пока вы являетесь пациентом больницы. Вышеуказанная информация из списка пациентов, за исключением вашей религиозной принадлежности, может быть раскрыта лицам, которые будут интересоваться вами и назовут ваше имя. Сведения о вашей религиозной принадлежности могут быть раскрыты духовному лицу, например священнику или раввину, даже если он или она не назовут ваше имя. При отсутствии возражений с вашей стороны мы вправе делиться вашей медицинской информацией с членом семьи, родственником или близким другом, который участвует в уходе за вами или его оплате. Мы также вправе уведомить члена семьи, личного представителя или иное лицо, ответственное за оказание вам услуг медицинского ухода, о вашем местонахождении в больнице и об общем состоянии, в том числе о смерти, если она произойдет. В ряде случаев нам может потребоваться поделиться вашей информацией с организацией по устранению последствий стихийных бедствий, которая поможет нам уведомить вышеуказанных лиц.

**3. Общественная необходимость.** Мы вправе использовать вашу медицинскую информацию и делиться ею с другими лицами, если того требует законодательство или при наличии общественной необходимости в соответствии с нижеизложенным:

- **В соответствии с требованиями законодательства**
- **Деятельность по охране здоровья населения** - Мы вправе раскрывать вашу медицинскую информацию уполномоченным государственным должностным лицам (или иностранному государственному агентству, которое сотрудничает с вышеуказанными должностными лицами) для обеспечения возможности их деятельности по охране здоровья населения. Например, мы вправе поделиться вашей медицинской информацией с государственными должностными лицами, отвечающими за контроль, мониторинг или профилактику заболеваний, травматизма или инвалидности. Кроме того, мы вправе раскрыть вашу медицинскую информацию лицу, которое могло подвергнуться опасности заражения инфекционным заболеванием или находиться в группе риска заразиться либо передать заболевание, если законодательство позволяет нам это сделать.
- **Потерпевшие от жестокого обращения, халатного отношения или домашнего насилия** - Мы вправе передать вашу медицинскую информацию государственному органу здравоохранения, уполномоченному получать сообщения о жестоком обращении, халатном отношении или домашнем насилии.
- **Деятельность по надзору в сфере здравоохранения** - Мы вправе раскрывать вашу медицинскую информацию государственным органам, уполномоченным на проведение аудиторских проверок, расследований и инспекций нашего медицинского центра. Вышеуказанные государственные органы контролируют деятельность системы здравоохранения, государственных программ помощи, таких как Medicare и Medicaid, а также соблюдение требований государственных программ регулирования и законодательства о защите гражданских прав.
- **Контроль, ремонт и отзыв продукции** - Мы вправе раскрывать вашу медицинскую информацию лицу или компании, деятельность которых регулируется Управлением по контролю за продуктами (Food and Drug Administration) и лекарствами, в целях предоставления отчетности, отслеживания недостатков или неполадок, ремонта, замены или отзыва дефектных или опасных продуктов, а также контроля результатов применения того или иного вида продукции после допуска к широкому использованию.
- **Судебные иски и споры** - Мы вправе раскрывать вашу медицинскую информацию, если распоряжение об этом поступит от суда или административного судебного органа, которые рассматривают иск или иной спор. Мы вправе раскрывать вашу информацию в ответ на вызов в суд в качестве свидетеля, запрос об истребовании доказательств или иной законный запрос иного участвующего в споре лица, только при условии, что были приняты меры по информированию вас о запросе или были приняты меры по получению судебного приказа о защите информации от дальнейшего ее раскрытия.
- **Правоохранительные органы** - Мы вправе раскрывать вашу медицинскую информацию должностным лицам правоохранительных органов по следующим основаниям:
  - o в целях соблюдения судебных приказов или законов, которые мы обязаны исполнять;
  - o для оказания содействия должностным лицам правоохранительных органов в выявлении или определении местонахождения подозреваемого, скрывающегося от правосудия, свидетеля или пропавшего лица;
  - o если вы пострадали от преступления и мы установили, что имеют место следующие обстоятельства: (1) нам не удалось получить ваше согласие в силу чрезвычайной ситуации или вашей неспособности его предоставить; (2) должностным лицам правоохранительных органов вышеуказанная информация требуется незамедлительно в целях проведения ими мер по охране правопорядка; а также (3) по нашему профессиональному мнению, раскрытие информации вышеуказанным должностным лицам соответствует вашим интересам;
  - o если мы подозреваем, что ваша смерть произошла в результате преступления;
  - o если необходимо сообщить о преступлении, которое произошло на нашей территории;

о если необходимо сообщить о преступлении, обнаруженном при выезде для оказания экстренной медицинской помощи (например, бригадой скорой помощи на месте преступления).

- **Для предотвращения серьезной и явной угрозы здоровью или безопасности**
- **В интересах государственной безопасности, разведывательной деятельности или охраны**
- **Военнослужащие и ветераны** - Если вы проходите службу в вооруженных силах, мы вправе раскрывать информацию о состоянии вашего здоровья соответствующему военному командованию, которому она может потребоваться для выполнения поставленных задач.
- **Лица, содержащиеся под стражей и содержащиеся в исправительных учреждениях** - Если вы находитесь под стражей или задержаны представителем правоохранительных органов, мы вправе раскрывать вашу медицинскую информацию сотрудникам пенитенциарных учреждений или правоохранительных органов, если это необходимо для оказания вам медицинской помощи или для сохранения безопасности и порядка в месте вашего содержания.
- **Компенсация работающим лицам**
- **Коронеры, патологоанатомы и сотрудники бюро ритуальных услуг**
- **Донорство органов и тканей** - В случае вашей смерти мы вправе раскрывать вашу медицинскую информацию организациям, которые получают или хранят органы, глазные или иные ткани, для того чтобы вышеуказанные организации могли исследовать возможность донорства или трансплантации органов в рамках действующего законодательства.
- **Научные исследования** - В большинстве случаев, прежде чем использовать вашу медицинскую информацию или передать ее другим лицам в целях проведения научных исследований, мы обратимся к вам за письменным разрешением. Но при определенных условиях мы вправе использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию без вашего письменного разрешения, в том числе если мы получили на то разрешение в рамках специальной процедуры, которая гарантирует, что это научное исследование в минимальной степени угрожает неприкосновенности вашей личной жизни, или в целях подготовки к будущему исследовательскому проекту.

**4. Информация, обезличенная полностью или частично.** Мы вправе использовать и разглашать вашу медицинскую информацию, если мы удалили всю информацию, которая может потенциально привести к идентификации вашей личности, в результате чего медицинская информация стала полностью обезличенной. Кроме того, мы вправе использовать и раскрывать «частично обезличенную» медицинскую информацию о вас в целях государственного здравоохранения или научно-исследовательской деятельности, а также оказания услуг медицинского ухода, если лицом, которое получит информацию, подписано соглашение о защите конфиденциальности информации в соответствии с законодательством на уровне штата и страны. Частично обезличенная информация не содержит какой-либо информации, которая бы прямо указывала на вас (такой как имя, адрес, номер социального страхования, номер телефона, факса, адрес электронной почты, адрес веб-сайта или номер водительских прав).

**5. Непреднамеренное раскрытие информации.** При том, что мы предпринимаем разумные меры к сохранению конфиденциальности вашей медицинской информации, некоторые ситуации раскрытия вашей медицинской информации могут возникать в ходе или в результате использования или раскрытия нами вашей медицинской информации, разрешенных по иным основаниям. Например, при регистрации другие пациенты в зоне лечения могут услышать ваше имя.

## **НА ОСНОВАНИИ ВАШЕГО ПРЯМОГО ПИСЬМЕННОГО РАЗРЕШЕНИЯ**

Иные ситуации использования и раскрытия вашей медицинской информации, не предусмотренные в настоящем Уведомлении или в законодательстве, которое распространяется на нас, допускаются только с вашего письменного разрешения или согласия. Кроме того, вы вправе выступить инициатором передачи вашей медицинской карты другому лицу, заполнив письменное разрешение. Если вы дадите нам письменное разрешение, то вы вправе отозвать его в любое время, если только мы уже не воспользовались им. Для получения или отзыва письменного разрешения вам следует обратиться к сотруднику отдела медицинского учета Медицинского центра Tufts, ответственному за корреспонденцию: Correspondence Supervisor, Tufts Medical Center Medical Records Department, 800 Washington St, Boston, MA 02111, USA. Вы должны учитывать, что мы не имеем возможности отменить уже выполненное по вашему разрешению раскрытие информации, а также что мы обязаны хранить записи о медицинских услугах, которые мы оказали вам.

**Обмен медицинской информацией.** С вашего письменного разрешения мы можем размещать вашу медицинскую информацию в системе обмена медицинской информацией, известной как «Массачусетская магистраль медицинской информации» (Massachusetts Health Information Highway (“Mass HIway”)), которая действует на территории всего штата и представляет собой защищенную систему электронного обмена информацией по медицинским вопросам между различными организациями, включая частнопрактикующих врачей, больницы, лаборатории, аптеки, организации патронажного ухода и страховые компании. Подключение к системе Mass HIway позволяет нам получать более полное представление об историях болезни наших пациентов в целях оказания всего комплекса медицинских услуг.

Определенные виды медицинской информации. В большинстве случаев мы не имеем права раскрывать следующие виды медицинской информации без вашего письменного разрешения или решения суда:

- О проверке на ВИЧ и ее результатах.
- О генетическом обследовании и его результатах.
- Закрытая информация, например записи о консультациях в случае посягательства сексуального характера или обмен психотерапевтической информацией между вами и социальным работником, психологом, психиатром, психотерапевтом или практикующей медсестрой, получившей лицензию специалиста по психическому здоровью
- Записи в отношении венерических заболеваний, включая заболевания, передаваемые половым путем (исключение: в ряде случаев информация быть раскрыта должностным лицам органов государственного здравоохранения без решения суда или вашего согласия).
- Материалы психотерапевтического лечения (материалы, хранящиеся отдельно от медицинской карты для личного пользования врача) (при этом для использования или раскрытия указанных материалов отдельного разрешения не требуется, если материалы используются вашим врачом для вашего лечения, для программ обучения, для юридической защиты в рамках поданного вами иска или для контроля профессиональной компетентности врача).
- Лечение от алкогольной или наркотической зависимости.

Кроме того, мы не вправе использовать или разглашать вашу медицинскую информацию без вашего письменного согласия в следующих обстоятельствах:

- В случае использования и раскрытия в маркетинговых целях (за исключением личного обмена информацией или рекламных подарков символической стоимости).
- В случае использования или раскрытия, представляющего собой продажу медицинской информации.
- В случаях использования и раскрытия информации, не описанных в настоящем Уведомлении.

## **ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

Вы имеете следующие права в отношении хранящейся у нас медицинской информации, касающейся вас:

**1. Право на проверку и копирование.** Вы имеете право проверять и получать копию любой вашей медицинской информации, которая может быть использована для принятия решений в отношении вас и вашего лечения, если такая информация хранится в наших учетных документах. К вышеизложенному относится право получения электронной копии вашей медицинской информации, которая хранится в нашей электронной медицинской карте. Для проверки или получения копии вашей медицинской информации следует подать письменный запрос в отделение корреспонденции отдела медицинского учета Медицинского центра Tufts: Correspondence Section, Tufts Medical Center Medical Records Department, 800 Washington St., Boston, MA 0211. Если вам требуется печатная копия информации, мы вправе взыскать плату в размере оплаты труда наших сотрудников, затрат на копирование, отправку по почте или иных расходов, понесенных нами при выполнении вашего запроса. Если вам требуется электронная копия, мы вправе взыскать плату в размере оплаты труда наших сотрудников при выполнении вашего запроса, а также стоимости электронных носителей информации, если вам требуется предоставить электронную копию на таком носителе.

Мы постараемся ответить на ваш запрос в течение 30 дней. Если для ответа на запрос нам потребуется больше времени, мы уведомим вас об этом в течение 30 дней и объясним причину задержки, а также сообщим срок, в течение которого вы можете ожидать получение окончательного ответа на свой запрос.

При наличии ограниченного круга обстоятельств мы вправе отклонить ваш запрос о проверке вашей информации или получении ее копии. Если мы отказываем в удовлетворении вашего запроса полностью или частично, мы предоставим письменное уведомление об отказе с объяснением причин отказа, а также полное описание ваших прав обжаловать указанное решение и порядка осуществления таких прав. В уведомлении будет также содержаться информация о том, каким образом подать жалобу по вышеуказанным вопросам либо в наш адрес, либо в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (United States Department of Health and Human Services). Если у нас имеются основания лишь частично отказать в удовлетворении вашего запроса, мы предоставим полный доступ к остальной части информации, исключив ту часть, которую мы не имеем возможности предоставить вам для проверки или копирования.

**2. Право на внесение изменений в документы.** Если вы считаете, что медицинская информация, которой мы о вас располагаем, является неверной или неполной, вы имеете право обратиться к нам за внесением изменений в эту информацию. Вы имеете право потребовать внесения изменений в течение всего срока хранения этой информации в наших данных. Для того чтобы потребовать внесения изменений, обратитесь к специалисту Медицинского центра Tufts, ответственному за соблюдение конфиденциальности медицинской информации: Tufts Medical Center Privacy Officer, 185 Harrison Ave., Box 5100, Boston, MA 02111. В вашем требовании должны быть указаны основания, по которым вы считаете необходимым внесение изменений. Мы постараемся ответить на ваш запрос в течение 60 дней. Если для ответа на запрос нам потребуется больше времени, мы уведомим вас об этом в течение 60 дней и объясним причину задержки, а также сообщим срок, в течение которого вы можете ожидать получение окончательного ответа на свой запрос.

Если мы отклоним ваш запрос полностью или частично, мы предоставим письменное уведомление с объяснением оснований для таких действий. Вы будете иметь право на включение в вашу учетную информацию определенных данных, связанных с затребованными вами изменениями. Например, если вы не согласны с нашим решением, у вас будет возможность подать заявление о вашем несогласии, которое мы включим в ваши учетные данные. В уведомлении будет также содержаться информация о том, каким образом подать жалобу по вышеуказанным вопросам либо в наш адрес, либо в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США. Если вы получите от нас письменное уведомление об отказе, вышеуказанные процедуры будут в нем подробно разъяснены.

**3. Право на отчетность по случаям раскрытия информации.** Вы имеете право потребовать предоставления «отчета раскрытия информации», то есть получения перечня лиц или организаций, которым мы раскрыли вашу медицинскую информацию в соответствии с действующим законодательством и гарантиями, предусмотренными в настоящем Уведомлении о порядке использования конфиденциальной информации. В отчете раскрытия информации не фиксируется медицинская информация, которая предоставлялась в рамках Медицинского центра Tufts, его аффилированных организаций и между ними, если все иные виды защиты, предусмотренные настоящим Уведомлением о порядке использования конфиденциальной информации, были соблюдены.

Кроме того, в отчете раскрытия информации не отражаются данные о следующих случаях раскрытия информации: раскрытие лично вам или вашему личному представителю; раскрытие на основании вашего письменного согласия; для лечения, оплаты или предоставления медицинского обслуживания (если только вышеуказанное раскрытие информации не было выполнено из нашей электронной медицинской карты в течение трех лет, предшествовавших вашему запросу о выдаче сведений о доступе, и начиная с даты возникновения у нас обязанности предоставлять сведения о раскрытии информации); раскрытие информации из списка пациентов; раскрытие членам семьи и друзьям, участвующим в вашем лечении или его оплате; в случае разрешенного использования и раскрытия вашей медицинской информации; в целях научно-исследовательской деятельности, государственного здравоохранения или нашей деятельности в области медицинского обслуживания; в отношении частично обезличенной медицинской информации, которая напрямую на вас не указывает; раскрытие федеральным должностным лицам в рамках деятельности по обеспечению национальной безопасности и разведки; в отношении лиц, находящихся в местах лишения свободы, сотрудникам пенитенциарных учреждений или правоохранительных органов; раскрытие имело место до 14 апреля 2003 года.

Запрос на предоставление отчета о раскрытии информации вы можете подать в письменном виде в отделение корреспонденции отдела медицинского учета Медицинского центра Tufts: Correspondence Section, Tufts Medical Center Medical Records Department, 800 Washington St., Boston, MA 02111. В вашем запросе должен быть указан период в пределах последних шести лет, за который вам необходимо получить от нас данные о фактах раскрытия информации. Например, вы вправе запросить список фактов раскрытия нами информации за период с 1 января 2012 г. по 1 января 2013 г. Вы имеете право бесплатно получать по одному списку в течение каждого 12-месячного периода. При этом мы вправе взыскать с вас плату за предоставление любых дополнительных данных о раскрытии информации в рамках того же 12-месячного периода. Мы будем всегда уведомлять вас о всех соответствующих расходах, с тем чтобы вы имели возможность отказаться от своего запроса или изменить его, перед тем как понести расходы.

Мы постараемся ответить на ваш запрос в течение 60 дней. Если нам потребуется больше времени для подготовки запрошенной вами информации, мы уведомим вас в письменном виде о причинах задержки и о сроке, в течение которого вы можете ожидать получения запрошенной информации. В редких случаях у нас может возникнуть необходимость задержать предоставление вам данных о раскрытии информации, не уведомив вас об этом, на основании требования должностного лица правоохранительных или государственных органов.

**4. Право требовать дополнительных мер защиты конфиденциальной информации.** Вы имеете право потребовать дополнительного ограничения использования и раскрытия нами вашей медицинской информации в ходе лечения вашего заболевания, получения оплаты за лечение или при предоставлении нами медицинского обслуживания. Кроме того, вы вправе потребовать ограничить раскрытие нами информации о вас членам вашей семьи или друзьям, участвующим в вашем лечении. Для того чтобы потребовать введения ограничений, обратитесь к специалисту Tufts Medical Center Privacy Officer, 185 Harrison Ave., Box 5100, Boston, MA 02111. В вашем требовании должно быть указано (1) раскрытие какой именно информации вы желаете ограничить; (2) желаете ли вы ограничить использование нами указанной информации, раскрытие ее другим лицам или и то, и другое; а также (3) в отношении каких лиц вы желаете установить ограничения.

За исключением нижеизложенных ситуаций, *мы не обязаны соглашаться на ваше требование об ограничении*, при этом в ряде случаев затребованное вами ограничение может быть запрещено законом. При этом в случае нашего согласия мы выполним ваше требование, если только информация не будет необходима для оказания вам неотложной медицинской помощи или для выполнения требований законодательства. После того как мы

согласимся на введение ограничения, у вас будет право отозвать ограничение в любое время. При некоторых обстоятельствах мы также будем вправе отменить это ограничение, если мы вас об этом заранее уведомим; в других случаях для отмены ограничения нам потребуются ваше согласие.

Вы имеете право потребовать, чтобы было установлено ограничение на использование и раскрытие вашей медицинской информации, и мы согласимся его исполнить при соблюдении следующих условий: если иное не предусмотрено действующим законодательством, раскрытие информации Медицинским центром Tufts производится медицинской страховой компанией в целях проведения оплаты или предоставления медицинского обслуживания, при этом медицинская информация, к которой ограничивается доступ, касается исключительно медицинской услуги или позиции, по которой Медицинский центр Tufts получил полную оплату от пациента.

**5. Право требования применения конфиденциальных средств связи при обмене информацией.** Вы имеете право потребовать, чтобы мы осуществляли с вами связь в отношении ваших медицинских вопросов конфиденциальным образом, направив нам запрос на общение с вами альтернативными способами или в альтернативном месте. Например, вы вправе потребовать, чтобы мы связывались с вами по вашему домашнему адресу вместо рабочего или чтобы мы направляли некоторые сообщения, такие как напоминания о приеме или запросы на проведение обследования пациента, не по электронной почте. Для того чтобы потребовать применения конфиденциальных средств связи, обратитесь к специалисту Медицинского центра Tufts, ответственному за соблюдение конфиденциальности медицинской информации: Tufts Medical Center Privacy Officer, 185 Harrison Ave., Box 5100, Boston, MA 02111. Мы не потребуем от вас обоснований вашего требования и приложим усилия, чтобы выполнить все разумные требования. В тексте вашего требования необходимо указать, каким образом или в каком месте вы желаете поддерживать с нами связь и каким образом будет производиться оплата за ваше лечение, если мы будем поддерживать связь с вами альтернативным способом или в другом месте.

**6. Право на получение уведомления о нарушении конфиденциальности или безопасности.** Закон обязывает нас хранить конфиденциальность вашей защищаемой медицинской информации и направить вам уведомление о наших юридических обязанностях и порядке защиты конфиденциальности вашей защищаемой медицинской информации. Вы имеете право получить уведомление о нарушении безопасности или конфиденциальности хранящейся у нас вашей медицинской информации в том объеме, в котором вас затрагивает указанное нарушение.

**Каким образом можно получить экземпляр настоящего уведомления и его новой редакции.** Вы имеете право на получение экземпляра настоящего уведомления в письменном виде. Вы вправе потребовать письменный экземпляр в любое время, даже если вы ранее согласились на получение настоящего уведомления в электронной форме. Для этого позвоните специалисту Медицинского центра Tufts, ответственному за соблюдение конфиденциальности медицинской информации, по телефону 617-636-4422. Вы также можете получить экземпляр настоящего уведомления на веб-сайте Медицинского центра Tufts по адресу [www.tuftsmedicalcenter.org](http://www.tuftsmedicalcenter.org) или во время вашего следующего посещения. Мы имеем право время от времени изменять свой порядок защиты конфиденциальности. В случае внесения изменений новая редакция уведомления будет применяться ко всей вашей медицинской информации. Мы разместим все новые редакции уведомления для общего доступа на видных местах в помещениях центра, а также в помещениях наших аффилированных организаций. Кроме того, вы сможете получить свой собственный экземпляр уведомления в новой редакции на веб-сайте Медицинского центра Tufts по адресу: [www.tuftsmedicalcenter.org](http://www.tuftsmedicalcenter.org), позвонив в наш офис по телефону 617-636-4422 или во время вашего следующего посещения. Дата вступления уведомления в силу всегда указывается в правом верхнем углу первой страницы. Мы обязаны соблюдать условия уведомления, действующего в данный момент времени.

**7. Право на подачу жалобы.** Если вы считаете, что ваше право на соблюдение конфиденциальности было нарушено, вы имеете право подать жалобу либо нам, либо министру здравоохранения и социального обеспечения США (Secretary of the Department of Health and Human Services). Чтобы подать жалобу, обратитесь к специалисту Медицинского центра Tufts, ответственному за соблюдение конфиденциальности медицинской информации (Privacy Officer) по телефону 617-636-9229 или позвоните на анонимную горячую линию 844-550-0008. Никаких ответных действий против вас в связи с подачей жалобы предприниматься не будет.

**Настоящее Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации касается Медицинского центра Tufts и следующих поставщиков услуг или групп, аффилированных с Медицинским центром Tufts, перечень которых может время от времени меняться:**

Tufts Medical Center Physicians Organization, Inc.	New England Quality Care Alliance
	А также аффилированные врачи и группы врачей
	Pratt Otolaryngology – Head & Neck Surgery Associates, Inc.
New England Medical Center Group Practice, Inc. (d/b/a Pratt Neurosurgery Associates)	Pratt Pathology Associates, Inc.
Pratt Anesthesiology Associates, Inc.	Pratt Pediatric Associates, Inc.
Pratt Medical Group, Inc.	Pratt Psychiatric Associates, Inc.
Pratt Medical & Surgical Dermatology Associates, Inc.	Pratt Radiation Oncology Associates, Inc.
Pratt Neurology Associates, Inc.	Pratt Radiology Associates, Inc.
Pratt OB/GYN Associates, Inc.	Pratt Rehabilitation Medicine Associates, Inc.
Pratt Ophthalmology Associates, Inc.	Pratt Surgical Associates, Inc.
Pratt Orthopedic Associates, Inc.	Pratt Urology Associates, Inc.

**Некоторые запросы или требования, направленные специалисту по защите конфиденциальности медицинской информации или в отдел медицинского учета Медицинского центра Tufts в рамках настоящего Уведомления, могут быть переданы для подготовки ответа специалисту по защите конфиденциальности медицинской информации одного из вышеуказанных аффилированных лиц, либо, в зависимости от ситуации, вам будет рекомендовано обратиться напрямую к вышеуказанному лицу.**

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЯ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ**



*Поставив ниже свою подпись, я подтверждаю, что получил(а) экземпляр Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации и тем самым осведомлен(а) о том, каким образом медицинская информация обо мне может быть использована и раскрыта Медицинским центром Tufts и перечисленными в настоящем Уведомлении аффилированными поставщиками услуг, а также как я могу получить доступ к этой информации и контролировать ее.*

---

Подпись пациента или личного представителя

Дата:

Время

---

Имя и фамилия пациента или личного представителя (печатными буквами)

---

Описание полномочий личного представителя

**Документальное подтверждение добросовестной попытки предоставления информации**

- К пациенту/личному представителю пациента обратились с просьбой подтвердить получение Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации, однако пациент/личный представитель пациента отказался подтвердить получение Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации.
- Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации было направлено пациенту/личному представителю пациента почтой по адресу, указанному в медицинской карте.
- Другое:

---

Свидетель

Дата

Время