



ЕВРЕЙСКАЯ ГИЛЬДИЯ ДЛЯ СЛЕПЫХ

- Корпорация учебных услуг ЕГС
- Корпорация медицинских учреждений ЕГС
- Служба помощи душевнобольным ЕГС
- Корпорация восстановления здоровья ЕГС
- Сеть GuildNet, Inc.
- Сеть InTouch Networks, Inc.
- Гильдия для слепых штата Массачусетс
- Служба помощи слепым Большого Бостона

ПАМЯТКА О ПРИНЦИПАХ КОНФИДЕНЦИОНАЛЬНОСТИ
РАСПИСКА В ОЗНАКОМЛЕНИИ И СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Документ вступает в действие в январе 2005 г.

В ПАМЯТКЕ ОПИСЫВАЕТСЯ, КАКИМ ОБРАЗОМ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ИЛИ РАЗГЛАШЕНА ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ, И О ТОМ, КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПРОСЬБА ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ЭТИМ ДОКУМЕНТОМ.

В соответствии с требованиями закона, мы обязаны охранять конфиденциальность медицинской информации, которая может способствовать установлению Вашей личности. Мы также обязаны предоставить Вам экземпляр настоящей памятки, в которой описываются принципы и правила охраны конфиденциальности медицинской информации, которыми руководствуется наша организация и связанные с нашей организацией медицинские учреждения, оказывающие, совместно с нами, медицинскую помощь. Помимо общих правил, в применимых случаях, конфиденциальность информации, связанной с алкоголизмом, наркоманией, инфекцией ВИЧ и душевными заболеваниями, охраняется дополнительными ограничительными мерами. Экземпляр памятки о действующих в нашей системе принципах охраны конфиденциальности всегда можно получить в приемной наших учреждений. Экземпляр этой памятки Вы или Ваш персональный представитель можете также получить, выйдя на нашу страницу в Интернете (www.igb.org) или запросив его у наших сотрудников.

Если у Вас есть вопросы по настоящей памятке и Вы хотите получить дополнительную информацию, просьба связаться с сотрудником Еврейской гильдии для слепых по вопросам конфиденциальности по телефону 212-769-6200.

КТО ОБЯЗАН СОБЛЮДАТЬ ПРИНЦИПЫ, ОПИСАННЫЕ В ПАМЯТКЕ?

Еврейская гильдия для слепых, а также ее отделения и филиалы оказывают медицинскую помощь совместно с врачами и другими медицинскими работниками и организациями. Принципы и правила, сформулированные в настоящей памятке, обязаны соблюдать:

- Любой профессиональный медицинский работник, который будет оказывать Вам помощь в любом из наших отделений;
- Все сотрудники, профессиональные медицинские работники, стажеры, студенты и волонтеры – в любом из наших отделений;
- Все сотрудники, профессиональные медицинские работники, стажеры, студенты и волонтеры других учреждений, которые вместе с нами являются частью общей системы организованного здравоохранения;
- Любые деловые партнеры нашей организации (перечисляемые ниже).

ВИДЫ РАЗРЕШЕНИЙ, ОПИСАННЫЕ В ДАННОЙ ПАМЯТКЕ

В этой памятке разъясняются различные виды разрешений, которые мы должны от Вас получить, прежде чем в соответствии с нашими целями воспользоваться Вашей персональной медицинской информацией или ее разглашать. В памятке описываются три вида таких разрешений.

- «Общее письменное согласие», которое мы обязаны от Вас получить, чтобы воспользоваться Вашей персональной медицинской информацией и разгласить ее для того, чтобы предоставить Вам соответствующее лечение или медицинскую помощь, чтобы получить оплату предоставленного лечения или помощи, и чтобы осуществлять нашу текущую деятельность. Это общее письменное согласие, текст которого напечатан на странице 24 настоящей памятки (тот же текст может быть Вам предоставлен на отдельном бланке), мы обязаны получить от Вас в первый же раз, когда будем предоставлять Вам лечение или оказывать помощь. Это общее письменное согласие является основополагающим общим разрешением, которое не нуждается в возобновлении всякий раз, когда мы предоставляем Вам лечение или оказываем медицинскую помощь.
- «Возможность возразить», которую мы обязаны Вам предоставить, прежде чем в тех или иных целях использовать Вашу персональную медицинскую информацию или ее разгласить. В этих случаях у Вас будет возможность возразить против использования или разглашения Вашей персональной медицинской информации – лично, по телефону или в письменном виде.

- «Письменное разрешение», в котором будет содержаться подробная информация о лицах, которые имеют право на ознакомление с Вашей персональной медицинской информацией, а также конкретные цели, с которыми Ваша медицинская информация может быть использована или разглашена. Мы имеем право использовать и разглашать Вашу персональную медицинскую информацию, описанную в письменном разрешении, только таким образом, который оговаривается в подписанном Вами письменном разрешении. Принятая в нашей организации форма письменного разрешения требует особого, дополнительного согласия, позволяющего нам разглашать (в применимых случаях) информацию, касающуюся алкоголизма, наркомании, инфекции ВИЧ и душевных заболеваний. Письменное разрешение действительно в течение ограниченного срока.

ВАЖНАЯ ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Требование письменного разрешения.

Как правило, нам будет необходимо получить от Вас письменное разрешение, прежде чем использовать Вашу персональную медицинскую информацию или делиться этой информацией с другими организациями. Вы также можете сами начать процесс передачи Вашей истории болезни другому лицу, заполнив бланк письменного разрешения. После того, как Вы предоставите нам письменное разрешение, Вы можете в любой момент его аннулировать, за исключением, разумеется, тех действий, которые мы к этому моменту уже совершили на основании Вашего разрешения. Чтобы аннулировать разрешение, Вам следует написать сотруднику Гильдии по вопросам конфиденциальности:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023

Исключения из правила о письменном разрешении

На информацию, касающуюся алкоголизма, наркомании, инфекции ВИЧ и душевных заболеваний, накладываются дополнительные ограничения. Описание наших принципов и особых правил, действующих в этой области, можно найти на страницах 19-23 настоящей памятки.

Есть ситуации, в которых нам не требуется Ваше письменное разрешение, чтобы использовать Вашу персональную медицинскую информацию или же разгласить ее другим организациям. К ним относятся:

- **Исключение для лечения, получения оплаты и текущей деятельности.** Мы лишь один раз получаем от Вас общее согласие на использование и разглашение Вашей персональной медицинской информации, чтобы предоставить Вам лечение или медицинскую помощь, получить оплату предоставленного лечения или медицинской помощи, и осуществлять свою

текущую деятельность. В некоторых случаях мы также можем разгласить касающуюся Вас медицинскую информацию другому медицинскому учреждению или плательщику для того, чтобы получить от них оплату и обеспечить осуществление платежей и других аспектов их деятельности. Более подробные сведения об этом содержатся на страницах 7-9 настоящей памятки.

- **Исключение для внутриведомственного информационного справочника и для разглашения информации членам семьи и друзьям, участвующим в процессе Вашего лечения.** Мы спросим Вас, есть ли у Вас какие-либо возражения против включения касающейся Вашего состояния здоровья информации в наш внутриведомственный справочник или же против разглашения этой информации Вашим друзьям и членам семьи, принимающим участие в Вашем лечении. Более подробные сведения об этом содержатся на страницах 9-10 настоящей памятки.
- **Исключение в случае экстренной ситуации или ради общественных нужд.** Мы можем использовать и разглашать Вашу персональную медицинскую информацию в случае экстренной ситуации или ради важных общественных нужд. Например, мы можем поделиться касающейся Вас информацией с сотрудниками системы общественного здравоохранения на уровне штата или города, которые имеют полномочия расследовать и контролировать распространение заболеваний. Дальнейшие примеры содержатся на страницах 10-13 настоящей памятки.
- **Исключение в случае, когда информация целиком или частично обезличивается.** Мы можем использовать или разглашать Вашу персональную медицинскую информацию, при условии изъятия из нее любого рода сведений, которые позволили бы установить Вашу личность; таким образом эта информация становится «полностью обезличенной». Мы можем также использовать «частично обезличенную» информацию, если лицо, которое получает эту информацию, в письменном виде обязуется охранять конфиденциальность этой информации. Более подробные сведения об этом содержатся на страницах 13-14 настоящей памятки.

Как получить доступ к собственной медицинской информации.

Вы всегда имеете право проверить и скопировать собственную медицинскую информацию. Более подробные сведения об этом содержатся на страницах 14-15 настоящей повестки.

Как внести поправки в Вашу медицинскую информацию.

Вы имеете право просить, чтобы мы внесли поправки в Вашу персональную медицинскую информацию, если Вы считаете, что она неточна или неполна.

Более подробные сведения об этом содержатся на страницах 15-16 настоящей памятки.

Как выяснить, кто получил Вашу персональную медицинскую информацию.

Вы имеете право получить «отчет о разглашениях», в котором перечисляются лица и организации, которым мы разгласили Вашу медицинскую информацию в соответствии с правилами охраны конфиденциальности, содержащимися в настоящей памятке. В такой отчет не входят разглашения, сделанные в текущем рабочем порядке, однако туда включаются многие случаи разглашений, связанные с особыми ситуациями. Более подробные сведения об этом содержатся на страницах 16-17 настоящей памятки.

Как просить о дополнительных мерах по охране конфиденциальности.

Вы имеете право просить о дополнительных ограничениях на пути, которыми мы используем Вашу персональную медицинскую информацию или делимся этой информацией с другими медицинскими учреждениями. Мы не обязаны давать согласие на ограничения, о которых Вы просите, однако если мы такое согласие даем, мы обязаны соблюдать содержащиеся в нем условия. Более подробные сведения об этом содержатся на страницах 17-18 настоящей памятки.

Как просить о более конфиденциальных формах контактов.

Вы имеете право просить, чтобы мы вступали с Вами в контакт более конфиденциальными путями. Мы постараемся удовлетворить все разумные просьбы такого рода. Более подробные сведения об этом содержатся на страницах 18-19 настоящей памятки.

Специальные правила охраны медицинской информации в случаях алкоголизма, наркомании, инфекции ВИЧ и душевных заболеваний.

Для охраны конфиденциальности информации, связанной с лечением алкоголизма, наркомании, инфекции ВИЧ и душевных заболеваний, вводятся специальные дополнительные меры. Эти меры охраны и правила, которыми мы будем руководствоваться в осуществлении этих мер, описаны на страницах 19-23 настоящей памятки.

Каким образом кто-либо может действовать от Вашего имени.

Вы имеете право назначить персонального представителя, который от Вашего имени будет следить за соблюдением конфиденциальности Вашей медицинской информации. Обычно право контролировать конфиденциальность медицинской информации относительно несовершеннолетних пациентов имеют их родители или опекуны, кроме случаев, когда по закону эти несовершеннолетние имеют право выступать от собственного имени.

Как получить экземпляр настоящей памятки.

Вы имеете право получить печатный экземпляр настоящей памятки. Вы можете в любое время запросить печатный экземпляр памятки, даже если ранее Вы дали

согласие на получение этой памятки в электронной форме. Для этого Вам следует связаться с сотрудником Гильдии по вопросам конфиденциальности:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023
Телефон: 212-769-6200

Вы или Ваш персональный представитель можете также получить экземпляр настоящей памятки, открыв нашу страницу на Интернетe (www.igb.org), либо запросив его у наших сотрудников.

Как получить экземпляр памятки в измененной редакции.

Через какое-то время мы, возможно, внесем изменения в наши принципы и правила охраны конфиденциальности. В этом случае мы внесем изменения и в настоящую памятку, с тем чтобы у Вас было точное описание наших действующих правил. Правила, описанные в такой исправленной памятке, будут распространяться на все виды Вышей персональной медицинской информации. Текст памятки о действующих правилах по охране конфиденциальности будет всегда размещен на видном месте в приемной наших отделений, где Вы всегда сможете получить экземпляр такой памятки. Вы или Ваш персональный представитель сможете также получить экземпляр исправленной памятки, открыв нашу страницу на Интернетe (www.igb.org), либо запросив его у наших сотрудников. На первой странице памятки всегда будет указана дата вступления в действие правил, в ней содержащихся. Мы обязаны соблюдать правила, содержащиеся в действующей в данный момент памятке.

Как подать жалобу, связанную с охраной конфиденциальности Вашей персональной медицинской информации.

Если Вам кажется, что Ваше право на конфиденциальность было нарушено, Вы можете подать жалобу, направив ее либо нам, либо Секретарю Департамента здравоохранения и гуманитарных услуг. По нашему адресу жалобу можно подать, связавшись с сотрудником Гильдии по вопросам конфиденциальности:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023
Телефон: 212-769-6200

Никто не станет принимать против Вас каких бы то ни было ответных карательных мер за подачу жалобы.

Если Вы подверглись дискриминации вследствие разглашения конфиденциальной информации, касающейся инфекции ВИЧ, Вы можете обратиться в Отдел по охране прав человека штата Нью-Йорк по телефону 212-566-8624 или в Комиссию по охране прав человека города Нью-Йорк по телефону 212-566-5493. В обязанности этих агентств входит охрана Ваших прав.

КАКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПОДЛЕЖИТ ОХРАНЕ

Мы обязуемся охранять конфиденциальность касающейся Вас информации, которую мы собираем в процессе предоставления Вам медицинских услуг. Вот несколько примеров подлежащей охране медицинской информации:

- информация о том, что Вы проживаете в одном из находящихся в ведении Еврейской гильдии для слепых домов для престарелых слепых или же получаете лечение или другие медицинские услуги от ЕГС или от ее отделений и филиалов;
- информация о состоянии Вашего здоровья;
- информация о медикаментах или медицинских услугах, которые Вы получили в прошлом или, возможно, получите в будущем;
- информация о медицинских льготах, полагающихся Вам в соответствии с той или иной медицинской страховкой,

если эта информация сочетается с:

- демографической информацией (например, Ваша фамилия, адрес или страховка);
- индивидуальными номерами, по которым Вас можно опознать (например, номер социального страхования (social security number) или номер Вашего телефона);
- другими видами информации, с помощью которых можно установить Вашу личность.

КАК МЫ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАЗГЛАШАТЬ ВАШУ ПЕРСОНАЛЬНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ

1. Лечение, оплата и текущая деятельность

Получав Ваше общее письменное согласие, мы имеем право использовать Вашу персональную медицинскую информацию и делиться этой информацией с другими организациями для того, чтоб предоставить Вам лечение или другую помощь, чтобы получить плату за такое лечение или помощь, и чтобы осуществлять нашу текущую деятельность. В некоторых случаях мы можем также разгласить Вашу персональную медицинскую информацию другому медицинскому учреждению или плательщику для того, чтобы получить от них оплату и обеспечить осуществление определенных аспектов их

деятельности. Ниже приводятся примеры того, каким образом используется или разглашается Ваша персональная медицинская информация.

Лечение. Мы можем предоставить Вашу персональную медицинскую информацию врачам, медсестрам или психотерапевтам, которые принимают участие в Вашем лечении, а они, в свою очередь, вероятно, воспользуются этой информацией, чтобы установить Вам диагноз и определить пути лечения. Врач, который лечит Вас в одном из наших отделений, может предоставить Вашу персональную медицинскую информацию другому врачу нашей сети или же врачу в другом учреждении, чтобы установить Вам диагноз или начать лечение. Ваш врач может также предоставить Вашу персональную медицинскую информацию другому врачу, к которому Вас направят для дальнейшего лечения.

Оплата. Мы можем использовать Вашу персональную медицинскую информацию или разгласить ее другому учреждению, чтобы получить оплату предоставленных Вам медицинских услуг. Например, мы можем поделиться этой информацией с Вашей медицинской страховкой, чтобы получить возмещение за лечение или услуги, которые мы Вам оказали, или чтобы выяснить, готова ли страховка покрывать расходы на дальнейшее Ваше лечение или медицинские услуги. Наконец, мы можем поделиться касающейся Вас медицинской информацией с другими медицинскими учреждениями или плательщиками, чтобы способствовать их платежной деятельности.

Текущая деятельность. Мы можем использовать Вашу персональную медицинскую информацию или разгласить ее другим учреждениям для осуществления нашей деятельности. Например, мы можем использовать Вашу медицинскую информацию для того, чтобы провести аттестацию наших сотрудников, определив уровень качества оказанных Вам услуг, а также для повышения квалификации наших сотрудников, например – обучая их, каким образом они могут повысить качество предоставляемых Вам услуг. Наконец, мы можем разгласить Вашу медицинскую информацию другим медицинским учреждениям или плательщикам для осуществления определенных аспектов их деятельности, если эта информация связана с отношениями, в которых это медицинское учреждение или плательщик состоит или стоял с Вами, и если это медицинское учреждение или плательщик обязаны, в соответствии с федеральным законодательством, охранять конфиденциальность Вашей медицинской информации.

Варианты лечения, льготы, услуги и визиты к врачу. В процессе Вашего лечения мы можем воспользоваться Вашей персональной медицинской информацией, чтобы порекомендовать Вам другие варианты лечения или доступные медицинские льготы и услуги, которые могут представить для Вас интерес. Мы также можем использовать Вашу медицинскую информацию, чтобы напомнить Вам о предстоящем визите к одному из наших врачей.

Сбор средств. Чтобы финансировать нашу текущую деятельность, мы можем использовать Вашу демографическую информацию, в том числе информацию о Вашем возрасте и поле, для принятия решения относительно того, следует ли нам связаться с Вами или с Вашим персональным представителем в ходе сбора пожертвований, которые помогают нам осуществлять нашу деятельность.

Деловые партнеры. Мы можем разгласить Вашу персональную медицинскую информацию подрядчикам, агентам и другим деловым партнерам, которым нужна эта информация, чтобы помочь нам в получении платы за услуги или же в осуществлении нашей текущей деятельности. Например, мы можем поделиться Вашей медицинской информацией с бухгалтерской фирмой, которая выставляет счета Вашей страховке и помогает нам получить плату за оказанные Вам услуги. Мы также можем поделиться Вашей медицинской информацией с бухгалтерской или юридической фирмой, которые дают нам профессиональные консультации – как нам повысить качество медицинских услуг и как выполнять требования закона. В случаях, когда мы разглашаем Вашу медицинскую информацию деловым партнерам, мы заручаемся их письменным обязательством охранять конфиденциальность Вашей медицинской информации.

Мы имеем право всё это делать при условии, что Вы подписали общее письменное согласие. После того, как Вы подписываете общее письменное согласие, оно вступает в силу немедленно, и остается в силе, покуда Вы его не аннулируете. Вы можете в любой момент аннулировать свое общее письменное согласие, за исключением тех действий, которые мы к этому моменту уже совершили на основании Вашего разрешения. Например, если мы предоставляли Вам лечение или медицинские услуги до того, как Вы аннулировали свое общее письменное согласие, мы имеем право передать Вашу медицинскую информацию Вашей страховке, чтобы получить плату за предоставленные Вам лечение или услуги. Чтобы аннулировать свое общее письменное согласие, Вам следует написать сотруднику Гильдии по вопросам конфиденциальности:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023

2. Внутриведомственный справочник с информацией о местонахождении в Доме для престарелых слепых

Мы имеем право разгласить Вашу фамилию и местонахождение в подведомственном ЕГС доме для престарелых слепых на основании нашего внутриведомственного справочника, а также имеем право сообщить эти сведения членам Вашей семьи и друзьям, принимающим участие в Вашем лечении, без Вашего письменного разрешения. Мы обязательно предоставим Вам возможность высказать свои возражения, за исключением ситуации, если Вы были не в состоянии что бы то ни было обсуждать на момент прибытия в

дом для престарелых (в этом случае мы выслушаем Ваши пожелания, как только Вы придете в себя). Мы выполним Ваши пожелания или пожелания Вашего персонального представителя, если только они не противоречат требованиям закона.

Если Вы не будете возражать, мы внесем Вашу фамилию и местонахождение в подведомственном ЕГС доме для престарелых слепых в наш внутриведомственный справочник – на период времени, в который Вы будете проживать в данном доме для престарелых. Эти сведения из справочника могут быть разглашены лицам, которые спросят о Вас и назовут Вашу фамилию.

3. Члены семьи и друзья, принимающие участие в Вашем лечении

Если у Вас не будет возражений, мы разгласим Вашу медицинскую информацию члену Вашей семьи, родственнику или Вашему близкому другу, которые принимают участие в Вашем лечении или в оплате этого лечения. Мы также можем проинформировать члена Вашей семьи, персонального представителя или другое лицо, участвующее в Вашем лечении, о состоянии Вашего здоровья и, в случае печального исхода, о Вашей кончине. В некоторых случаях нам, возможно, придется передать Вашу медицинскую информацию организации помощи жертвам бедствий, которая поможет нам известить о происшедшем этих лиц.

4. Чрезвычайные ситуации и публичные нужды

Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию и делиться этой информацией с другими учреждениями, чтобы оказать Вам экстренную медицинскую помощь или же в порядке удовлетворения важных публичных нужд. Для использования и разглашения Вашей медицинской информации в этих целях мы не должны заранее получать от Вас общее письменное согласие. Однако мы будем просить Вашего письменного разрешения на использование и разглашение Вашей медицинской информации в подобных случаях или дадим Вам возможность выразить свои возражения, если законы штата требуют, чтобы мы это сделали.

Чрезвычайные ситуации. Мы можем использовать или разгласить Вашу медицинскую информацию, если Вам понадобится неотложная помощь или же если по закону мы будем обязаны оказать Вам помощь, но при этом будем лишены возможности получить от Вас общее письменное согласие. Если сложится подобная ситуация, мы постараемся получить Ваше письменное согласие как только возникнет такая возможность после оказания Вам необходимой медицинской помощи.

Препятствия в коммуникации. Мы можем использовать и разгласить Вашу медицинскую информацию, если мы не сможем получить от Вас письменное согласие вследствие серьезных препятствий на пути взаимной коммуникации, и

если при этом у нас будут основания полагать, что Вы хотели бы, чтобы мы оказали Вам помощь, если бы у Вас была возможность нам об этом сообщить.

В соответствии с требованиями закона. Мы можем использовать или разгласить Вашу медицинскую информацию, если того требует от нас закон. Мы известим Вас о случаях такого использования и разглашения Вашей медицинской информации, если по закону мы обязаны Вас о них известить.

Деятельность органов общественного здравоохранения. Мы можем разгласить Вашу медицинскую информацию уполномоченным сотрудникам органов общественного здравоохранения (или же агентствам иностранных правительств, сотрудничающих с этими органами), с тем чтобы они могли осуществлять свою деятельность по общественному здравоохранению. Например, мы можем передать Вашу медицинскую информацию государственным чиновникам, которые занимаются исследованием и учетом болезней, травм и нетрудоспособности. Мы также можем разгласить Вашу медицинскую информацию лицу, который, возможно, был заражен или был подвергнут опасности заражения инфекционной болезнью или ее распространения, если это разрешается законом.

Жертвы жестокого обращения, небрежения или насилия в семье. Мы можем передать Вашу медицинскую информацию в органы общественного здравоохранения, уполномоченные собирать сведения о жестоком обращении, небрежении или насилии в семье. Например, мы можем передать Вашу информацию в государственное учреждение, если у нас есть все основания полагать, что Вы были жертвой такого жестокого обращения, небрежения или насилия в семье. Мы приложим все усилия, чтобы получить Ваше разрешение до разглашения этой информации, но в некоторых случаях мы имеем право (а иногда и обязаны) действовать без Вашего разрешения.

Деятельность по надзору за здравоохранением. Мы можем передать Вашу медицинскую информацию государственным агентствам, уполномоченным проводить ревизии, расследования и проверки нашей организации. Эти государственные агентства контролируют деятельность системы здравоохранения, деятельность таких государственных льготных программ, как Медикер и Медикейд, а также выполнение государственных регуляционных программ и законов о гражданских правах.

Контроль, ремонт и отзыв продуктов. Мы можем разгласить Вашу медицинскую информацию лицу или предприятию, которое подлежит регулированию со стороны Администрации пищевых и лекарственных продуктов в целях: 1) выявления или локализации дефектов или недостатков того или иного продукта; 2) ремонта, замены или отзыва бракованных или опасных продуктов; 3) контроля за результатами применения продукта после того, как Администрация дала разрешение на его употребление для широкой публики.

Судебные иски и правовые споры. Мы можем разгласить Вашу медицинскую информацию, если мы получим соответствующее решение суда или арбитража, который рассматривает данный иск или правовой спор.

Правоохранительные органы. Мы можем разгласить Вашу медицинскую информацию представителям правоохранительных органов в следующих случаях:

- В соответствии с постановлением суда или с законами, которые мы обязаны соблюдать;
- Для оказания помощи правоохранительным органам в опознании или розыске подозреваемого, беглеца, свидетеля или пропавшего без вести;
- Если Вы стали жертвой преступления, и мы установим, что: (1) у нас не было возможности получить от Вас общее письменное согласие вследствие чрезвычайной ситуации или из-за Вашего физического состояния; (2) правоохранительные органы нуждаются в этой информации немедленно, чтобы осуществлять свою правоохранительную деятельность; (3) с нашей профессиональной точки зрения, разглашение информации этим представителям соответствует Вашим интересам;
- Если мы подозреваем, что Ваша смерть явилась результатом преступного акта;
- Если возникает необходимость сообщить о преступлении, которое произошло на нашей территории.

Чтобы предотвратить серьезную и реальную угрозу здоровью или безопасности. Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию или передать ее другим учреждениям, если это необходимо, чтобы предотвратить серьезную и реальную угрозу Вашему здоровью и безопасности или же здоровью и безопасности другого лица или широкого круга лиц. В таких случаях мы разгласим Вашу медицинскую информацию лишь для того, чтобы предотвратить такую угрозу. Мы также можем разгласить Вашу медицинскую информацию представителям правоохранительных органов, если Вы расскажете нам, что принимали участие в тяжелом преступлении, которое, возможно, нанесло серьезный физический ущерб другому лицу (за исключением случаев, когда Вы сделали такое признание в процессе психотерапии), или же если мы придем к выводу, что Вы бежали из заключения (например, из тюрьмы или больницы для душевнобольных).

Национальная безопасность, разведывательная деятельность и служба индивидуальной охраны. Мы можем разгласить Вашу медицинскую информацию уполномоченным представителям федеральных служб, которые осуществляют охрану национальной безопасности, занимаются разведывательной деятельностью или обеспечивают охрану президента или других ведущих официальных лиц.

Заклученные и исправительные учреждения. Если впоследствии Вы попадете в качестве заключенного в исправительное учреждение или же Вас задержит представитель правоохранительных органов, мы можем разгласить Вашу медицинскую информацию тюремной администрации или представителю правоохранительных органов, если возникнет необходимость в оказании Вам медицинской помощи, а также для нужд, связанных с охраной безопасности и порядка в исправительном учреждении, в котором Вы находитесь. Это подразумевает передачу информации, которая необходима для охраны здоровья и безопасности других заключенных и лиц, надзирающих за заключенными или обеспечивающих транспортировку заключенных.

Компенсация за ущерб здоровью на рабочем месте. Мы можем разгласить Вашу медицинскую информацию по запросу программы компенсации за несчастные случаи на рабочем месте или других подобных программ, предусматривающих компенсацию за травмы, полученные на работе.

Судебно-медицинская экспертиза и похоронное бюро. В прискорбном случае Вашей кончины мы можем разгласить Вашу персональную медицинскую информацию сотрудникам судебно-медицинской экспертизы. Это бывает необходимо, например, чтобы установить причину смерти. Мы также можем передать эту информацию похоронному бюро, если она необходима для осуществления деятельности этого бюро.

Донорство органов и тканей. В прискорбном случае Вашей кончины мы можем разгласить Вашу медицинскую информацию организациям, которые обеспечивают получение или хранение внутренних органов, глаз или других тканей, с тем чтобы эти организации могли выяснить, имеют ли о они право, в свете действующих законов, оформить донорство и пересадку органов.

Научно-исследовательская деятельность. В большинстве случаев для использования Вашей медицинской информации или для передачи ее другим учреждениям в научно-исследовательских целях мы будем просить у Вас письменное разрешение. Однако в некоторых обстоятельствах мы можем использовать и разгласить Вашу медицинскую информацию без Вашего письменного разрешения, если мы получим на это разрешение в результате специальных шагов, которые гарантируют, что научно-исследовательская деятельность без Вашего письменного решения составляет минимальную угрозу для конфиденциальности Вашей личной информации. Однако ни при каких обстоятельствах мы не позволим исследователям использовать Ваше имя и фамилию или публично Вас именовать. Мы можем также без Вашего письменного разрешения передать Вашу медицинскую информацию лицам, которые заняты подготовкой будущего научно-исследовательского проекта, при условии что никакие сведения, позволяющие Вас опознать, не выйдут за пределы нашего учреждения. В прискорбном случае Вашей кончины мы можем передать Вашу медицинскую информацию лицам, которые проводят исследование на основании

информации об умерших, если эти лица обязуются, что никакие сведения, позволяющие Вас опознать, не выйдут за пределы нашего учреждения.

5. Полностью или частично обезличенная информация.

Мы можем использовать и разглашать Вашу медицинскую информацию, если мы удалим из нее любые сведения, по которым можно было бы установить Вашу личность – таким образом эта информация становится «полностью обезличенной». Мы также можем использовать и разглашать «частично обезличенную» медицинскую информацию, касающуюся Вас, если лицо, которое получает эту информацию, в письменной форме обязуется охранять конфиденциальность этой информации, в соответствии с требованиями федеральных и штатных законов. В частично обезличенной информации *никогда не содержится* каких бы то ни было сведений, которые могли бы непосредственно указывать на Вашу личность (например, таких, как Ваша фамилия, домашний адрес, номер социального обеспечения [social security number], номер телефона или факса, электронный адрес, страница на Интернетe, регистрационный номер автомобиля).

6. Случайное разглашение.

Хотя мы принимаем все возможные меры для охраны конфиденциальности Вашей медицинской информации, огласка в какой-то форме может произойти в процессе или в результате законно разрешенного использования или разглашения Вашей медицинской информации. Например, в ходе какой-либо процедуры другие лица, находящиеся в том же помещении, могут увидеть или услышать нечто, дающее представление о состоянии Вашего здоровья.

ВАШИ ПРАВА НА ДОСТУП К СВОЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И КОНТРОЛЬ НАД НЕЙ

Мы хотим, чтобы Вы знали, что Вы имеете право на доступ к собственной медицинской информации и контроль над ней. Это право очень важно, поскольку оно помогает нам обеспечить точность имеющейся у нас информации о состоянии Вашего здоровья. Это право также поможет Вам контролировать способы, которыми мы используем Вашу медицинскую информацию и разглашаем ее другим учреждениям, а также пути, с помощью которых мы обсуждаем с Вами Ваши медицинские нужды.

1. Право на ознакомление и копирование документации

Вы имеете право ознакомиться со своей медицинской информацией и получить копию любой части этой информации, которая может быть использована в процессе принятия решения относительно Вас и Вашего лечения, при условии, что эта информация остается в наших архивах. Это касается истории болезни и платежной документации. Чтобы ознакомиться со своей медицинской информацией или получить копию своих медицинских документов, Вам следует

обратиться с письменной просьбой к сотруднику Гильдии во вопросам конфиденциальности:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023

Телефон: 212-769-6200

Если Вы запросите копию такой информации, мы имеем право взыскать с Вас стоимость расходов по копированию, пересылке и другим действиям, связанным с выполнением Вашей просьбы. Стандартный тариф – 75 центов за страницу; соответствующая плата должна быть внесена до того, как мы выдадим Вам копии документов или во время передачи документов. Мы обязательно дадим ответ ответим на Вашу просьбу ознакомиться со своей медицинской информацией в течение двадцати четырех часов. Как правило, мы отвечаем на просьбу о копиях в течение двух рабочих дней.

В определенных обстоятельствах, достаточно редко, мы можем отказать Вам в просьбе ознакомиться со своей медицинской информацией или получить ее копию. В этом случае мы предоставим Вам краткое изложение этой информации. Мы также направим Вам письмо с объяснением причин, по которым мы предоставляем Вам лишь краткое изложение Вашей медицинской информации, а также с полным описанием Ваших прав на пересмотр нашего решения и путей, которыми Вы можете эти права реализовать. В этом же письме будет содержаться информация, каким образом Вы можете направить жалобу по этому поводу в нашу организацию или Секретарю Департамента здравоохранения и гуманитарных услуг. Если у нас есть причины частично отказать Вам в Вашей просьбе, мы предоставим Вам доступ к другим частям Вашей медицинской информации, изъяв из нее документы, которые мы не можем Вам предоставить для ознакомления и копирования.

2. Право на внесение поправок в документацию

Если Вы считаете, что относящаяся к Вам медицинская информация, хранящаяся у нас, неверна или неполна, Вы имеет право просить нас о внесении поправок в эту информацию. Вы имеете право просить о внесении поправок, покуда эта информация хранится в нашей организации. Просьбу о поправках в письменном виде следует направлять сотруднику Гильдии по вопросам конфиденциальности:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023

В просьбе о внесении поправок необходимо указать причины, по которым Вы считаете такие поправки необходимыми. Как правило, мы отвечаем на такие

просьбы в течение 60 дней. Если нам понадобится больше времени для принятия решения, мы в течение 60 дней известим Вас об этом в письменном виде, объяснив в письме причины такой задержки и указав сроки, в которые Вы можете ожидать окончательного ответа на свою просьбу.

Если мы целиком или частично откажем Вам в этой просьбе, мы направим Вам письмо с объяснениями причин такого отказа. Вы имеете право на включение в Вашу историю болезни информации относительно запрошенных Вами поправок. Например, если Вы не согласны с нашим решением, мы предоставим Вам возможность передать нам заявление с выражением своего несогласия, которое мы включим в Вашу историю болезни. В наше письмо будет также включена информация о том, каким образом можно обратиться с жалобой в нашу организацию или Секретарю Департамента здравоохранения и гуманитарных услуг. Эти процедуры будут подробно описаны в любом письменном извещении об отказе, которое мы Вам направим.

3. Право на «отчетность разглашений».

Начиная с 14 апреля 2003 года, Вы имеете право запросить «отчет о разглашениях» – список, в котором перечислены лица и организации, которым мы разгласили Вашу медицинскую информацию в соответствии с применимым законодательством и правилами, перечисленными в настоящей Памятке о принципах охраны конфиденциальности. В отчет о разглашениях не включаются случаи разглашения Вашей медицинской информации в рамках Еврейской гильдии для слепых, а также случаи передачи Вашей медицинской информации отделениям или филиалам ЕГС, как и лицам и учреждениям, перечисленным в разделе «КТО ОБЯЗАН СОБЛЮДАТЬ ЭТИ ПРИНЦИПЫ» на странице 2 настоящей памятки, при условии, что все остальные правила, перечисленные в настоящей памятке, были соблюдены (например, получение требуемого разрешения до передачи Вашей медицинской информации нашим врачам в научно-исследовательских целях).

Отчет о разглашениях не включает также сведений о следующих разглашениях:

- Разглашения, адресованные Вам или Вашему персональному представителю;
- Разглашения, которые мы сделали в соответствии с Вашим письменным разрешением;
- Разглашения, которые мы сделали для лечения, оплаты или осуществления нашей текущей деятельности;
- Разглашения, сделанные на основании нашего внутриведомственного справочника;
- Разглашения, адресованные Вашим друзьям или членам семьи, принимающим участие в Вашем лечении или в оплате Вашего лечения;

- Случайные разглашения в ходе допустимого использования и разглашения Вашей медицинской информации (например, когда проходящий мимо человек случайно услышал нечто, относящееся к Вашей медицинской информации);
- Частичные разглашения Вашей медицинской информации, которые не позволяют установить Вашу личность, сделанные в научно-исследовательских целях, для нужд общественного здравоохранения или для нужд нашей текущей деятельности;
- Разглашения, адресованные представителям федеральных властей для охраны национальной безопасности или для разведывательной деятельности;
- Разглашения относительно заключенных, адресованные исправительным учреждениям, а также сотрудникам правоохранительных органов;
- Разглашения, сделанные до 14 апреля 2003 года.

Запрос о списке разглашений следует в письменной форме направить сотруднику Гильдии по вопросам конфиденциальности:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023

В Вашем запросе следует уточнить интересующий Вас период времени, в который были сделаны разглашения и который не должен превышать шести лет и не может начинаться ранее 14 апреля 2003 года. Один раз в 12 месяцев Вы имеете право на бесплатное получение отчета о разглашениях. Однако мы имеем право взыскать с Вас плату за предоставление дополнительных отчетов в течение того же 12-месячного периода. Мы всегда будем извещать Вас о требуемой оплате, чтобы Вы могли отменить свой запрос или изменить его до того, как мы совершим соответствующие расходы.

Как правило, мы отвечаем на запрос о списке разглашений в течение 60 дней. Если нам понадобится дополнительное время для подготовки запрошенного Вами отчета, мы направим Вам письмо с объяснением причин задержки и с указанием сроков, в течение которых Вы можете ожидать этого отчета. В редких случаях нам приходится продлевать срок представления Вам запрошенного отчета, не извещая Вас о задержке, поскольку нас об этом попросил представитель правоохранительных органов или государственного агентства.

4. Право на просьбу о дополнительных мерах по охране конфиденциальности

Вы имеете право просить о введении дополнительных ограничений на способы, которыми мы используем и разглашаем Вашу персональную медицинскую

информацию для того, чтобы предоставить Вам лечение или медицинскую помощь, получить плату за это лечение или медицинскую помощь или осуществлять нашу текущую деятельность. Вы также имеете право просить, чтобы мы ограничили формы разглашения касающейся Вас информации членам Вашей семьи или друзьям, принимающим участие в Вашем лечении. Просьбу о таких ограничениях следует направить сотруднику Гильдии по вопросам конфиденциальности:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023

Телефон: 212-769-6200

В такой просьбе Вы должны указать: (1) какую информацию Вы хотите ограничить; (2) хотите ли Вы ограничить формы использования этой информации, формы разглашения этой информации другим лицам и учреждениям, или и то, и другое; (3) на кого Вы хотите распространить эти ограничения.

Мы не обязаны соглашаться на Вашу просьбу о дополнительных ограничениях, не говоря о том, что в некоторых случаях ограничения, о которых Вы можете попросить, будут запрещены законом. *Однако если мы согласимся внести ограничения, мы будем обязаны их соблюдать, за исключением случаев, когда такая информация понадобится для оказания Вам экстренной помощи или же когда мы будем обязаны ее разгласить в соответствии с требованиями закона.* После того, как мы дадим согласие на внесение ограничений, Вы имеете право в любой момент отменить эти ограничения. В определенных обстоятельствах мы также имеем право аннулировать эти ограничения при условии, что мы предварительно известим Вас об этом; в остальных случаях, чтобы аннулировать эти ограничения, нам будет необходимо получить Ваше разрешение.

5. Право на просьбу о конфиденциальных контактах

Вы имеете право просить, чтобы мы обсуждали с Вами или с Вашим персональным представителем вопросы медицинского характера в более конфиденциальной форме – Вы можете попросить, чтобы мы вступали с Вами в контакт другими способами или в других местах. Чтобы подать просьбу о конфиденциальных контактах, Вам следует связаться с сотрудником Гильдии по вопросам конфиденциальности:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023

Телефон: 212-769-6200

Мы не будем спрашивать Вас о причинах такой просьбы и постараемся удовлетворить все разумные просьбы такого рода. Пожалуйста, уточните в своей просьбе, каким образом было бы предпочтительно вступать в контакт с Вами или с Вашим представителем, и каким образом будет осуществляться оплата Вашего лечения, если мы будем вступать в контакт с Вами или с Вашим представителем другими способами и в других местах.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРАВИЛА ОХРАНЫ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИНФОРМАЦИИ ОБ АЛКОГОЛИЗМЕ И НАРКОМАНИИ

В соответствии с Вашим общим письменным согласием касающаяся Вас информация может быть использована сотрудниками Еврейской гильдии для слепых (и ее филиалов) в процессе выполнения профессиональных обязанностей по установлению Вашего диагноза, предоставлению лечения или направлению Вас на лечение от алкоголизма или наркомании. Как правило, мы не сообщаем посторонним лицам, что Вы являетесь пациентом ЕГС, и не разглашаем сведений, которые давали бы основания считать Вас алкоголиком или наркоманом, *за исключением случаев*, если:

- Мы получаем от Вас письменное разрешение;
- Разглашение разрешается постановлением суда, а также допускается федеральными и штатными законами и инструкциями по охране конфиденциальности;
- Разглашение сделано медицинскому персоналу для оказания экстренной медицинской помощи;
- Разглашение адресовано квалифицированным научно-исследовательским работникам без Вашего письменного разрешения, когда предполагаемое исследование сопряжено с минимальной угрозой для конфиденциальности Вашей личной информации. В случаях, если этого требует закон, мы заручимся обязательством исследователей охранять неприкосновенность и конфиденциальность Вашей личной информации;
- Разглашение адресовано квалифицированной организации, которая предоставляет определенные медицинские процедуры (например, делает лабораторные анализы) или деловые услуги (например, осуществляет сбор задолженностей по счетам). ЕГС потребует от соответствующей квалифицированной организации письменное обязательство охранять конфиденциальность Вашей медицинской информации в соответствии с федеральным и штатным законодательством;

- Разглашение адресовано государственному агентству или другим уполномоченным представителям неправительственных организаций для проведения финансовой ревизии или аттестации деятельности ЕГС. Мы получим от любой неправительственной организации письменное обязательство охранять конфиденциальность Вашей информации в соответствии с федеральным и штатным законодательством;
- Разглашение делается, чтобы сообщить о преступлении, совершенном пациентом в одном из отделений ЕГС или направленном против какого-либо сотрудника ЕГС, либо чтобы сообщить об угрозе такого преступления;
- Разглашение делается, чтобы сообщить соответствующим местным или штатным властям о жестоком обращении с детьми или о пренебрежении обязанностями по отношению к детям.

Нарушение этих правил по охране конфиденциальности является преступлением. В соответствии с федеральным и штатным законодательством, о случаях предполагаемых нарушений может быть сообщено уполномоченным представителям властей.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРАВИЛА ОХРАНЫ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИНФОРМАЦИИ ОБ ИНФЕКЦИИ ВИЧ

Конфиденциальной информацией, связанной с инфекцией ВИЧ, считается любая информация, указывающая на то, что Вы делали анализ на ВИЧ, что Вы инфицированы ВИЧ, что Вы страдаете от заболевания, вызванного инфекцией ВИЧ или СПИДом, а также любая другая информация, которая дает основания считать, что Вы делали анализ на ВИЧ или являетесь носителем ВИЧ.

В соответствии с законами штата Нью-Йорк, конфиденциальная информация, связанная с инфекцией ВИЧ, может быть разглашена только лицам, по закону имеющим доступ к такой информации, или лицам, которым Вы предоставили возможность получить эту информацию, подписав соответствующее письменное разрешение. Вы имеете право запросить список лиц, которым по закону разрешен доступ к конфиденциальной информации, связанной с инфекцией ВИЧ, без письменного разрешения.

При наличии Вашего общего письменного согласия, касающаяся Вас конфиденциальная информация, связанная с инфекцией ВИЧ, может быть использована сотрудниками ЕГС (или наших филиалов), которым эта информация необходима, чтобы предоставить Вам лечение или медицинскую помощь, чтобы оформить счета за услуги или финансовое возмещение, или чтобы проверить или аттестовать качество услуг, предоставляемых в рамках ЕГС. Как правило, ЕГС не имеет права разглашать посторонним лицам конфиденциальную информацию, связанную с инфекцией ВИЧ, которую мы получаем в процессе предоставления Вам лечения или медицинской помощи, *за исключением случаев*, если:

- Мы получаем от Вас письменное разрешение;
- Разглашение адресовано лицу, которое уполномочено законом принимать медицинские решения от Вашего имени, и разглашенная информация имеет прямое отношение к возможности для этого лица выполнять свои полномочия по принятию медицинского решения;
- Разглашение адресовано другому медицинскому учреждению или плательщику для нужд лечения или оплаты услуг, при условии, что у нас имеется Ваше общее письменное согласие на такие разглашения;
- Разглашение адресовано внешнему агенту ЕГС, который нуждается в этой информации, чтобы предоставить Вам необходимое лечение или медицинскую помощь, чтобы оформить счета за услуги или финансовое возмещение, или же чтобы проверить или аттестовать качество оказываемых медицинских услуг. Как правило, в таких случаях ЕГС получает от Вас общее письменное согласие, а также получает обязательство от такого агента, чтобы гарантировать, что касающаяся Вас конфиденциальная информация, связанная с инфекцией ВИЧ, охраняется в соответствии с требованиями федеральных и штатных законов и инструкций по охране конфиденциальности;
- Разглашение сделано в соответствии с требованиями закона или по постановлению суда;
- Разглашение адресовано организации, которая занимается поставкой внутренних органов для пересадки;
- Вы получаете услуги по программе, контролируемой или регулируемой федеральным, штатным или местным государственным агентством, и разглашение адресовано такому государственному агентству или другому сотруднику или представителю такого агентства, если это необходимо для надзора, контроля, управления или предоставления услуг, предусмотренных такой программой;
- В соответствии с федеральным или штатным законодательством, ЕГС обязана разгласить Вашу информацию представителю органов здравоохранения;
- Разглашение необходимо в интересах общественного здравоохранения;

- Если Вы являетесь заключенным в исправительном учреждении, и разглашение связанной с инфекцией ВИЧ информации необходимо для главного врача такого учреждения, чтобы выполнять свои профессиональные обязанности;
- В случае кончины пациента разглашение адресовано похоронному бюро, которое занимается захоронением покойного и которое в ходе своей текущей деятельности получает доступ к конфиденциальной информации, связанной с инфекцией ВИЧ, содержащейся в свидетельстве о смерти;
- Разглашение сделано, чтобы сообщить местным или штатным властям о жестоком обращении с детьми или о пренебрежении обязанностями в отношении детей.

Нарушение этих правил по охране конфиденциальности может повлечь за собой гражданские или уголовные карательные меры против ЕГС. В соответствии с федеральным и штатным законодательством, о случаях предполагаемых нарушений может быть сообщено уполномоченным представителям властей.

Если Вы стали жертвой дискриминации вследствие разглашения конфиденциальной информации, связанной с инфекцией ВИЧ, Вы можете связаться с Отделом по охране прав человека штата Нью-Йорк по телефону 212-566-8624 или с Комиссией по охране прав человека города Нью-Йорк по телефону 212-566-5493. В обязанности этих агентств входит защита Ваших прав.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРАВИЛА ОХРАНЫ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИНФОРМАЦИИ О ДУШЕВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

При наличии Вашего общего письменного согласия, касающаяся Вас информация о душевных заболеваниях может быть использована сотрудниками ЕГС (или наших филиалов) в контексте исполнения ими своих обязанностей по предоставлению Вам лечения, по получению оплаты предоставленного лечения и по осуществлению нашей текущей деятельности. Как правило, мы не имеем права разглашать касающуюся Вас информацию о душевных заболеваниях лицам, не являющимся сотрудниками ЕГС, *за исключением случаев*, если:

- Мы получили от Вас письменное разрешение;
- Разглашение адресовано персональному представителю, который уполномочен принимать медицинские решения от Вашего имени;
- Разглашение адресовано государственным агентствам или частным страховым компаниям с целью получить оплату услуг, оказанных Вам, при условии, что мы заручились Вашим общим письменным согласием;
- Разглашение сделано по постановлению суда;
- Разглашение адресовано лицам, которые могут предотвратить серьезную и реальную угрозу Вашему здоровью и безопасности или же здоровью и безопасности другого лица;

- Разглашение адресовано соответствующим государственным органам, чтобы разыскать лицо, пропавшее без вести, или для проведения уголовного расследования, если это допускается федеральными и штатными законами по охране конфиденциальности;
- Разглашение адресовано другим уполномоченным учреждениям, оказывающим экстренную помощь, если это допускается федеральными и штатными законами по охране конфиденциальности;
- Разглашение адресовано штатному агентству по оказанию юридических услуг душевнобольным;
- Разглашение адресовано поверенному, представляющему интересы пациента в судебном разбирательстве по делу о принудительной госпитализации;
- Разглашение адресовано уполномоченным представителям государственных агентств, занимающихся контролем или аттестацией качества услуг, оказываемых ЕГС и ее сотрудниками;
- Разглашение, сделанное без Вашего специального письменного разрешения, адресовано квалифицированным научно-исследовательским работникам, когда предполагаемое исследование сопряжено с минимальным риском нарушения конфиденциальности Вашей личной информации;
- Разглашение адресовано работникам судебно-медицинской экспертизы, призванным установить причину смерти;
- Если Вы являетесь заключенным в исправительном учреждении, которое представляет доказательства, что эта информация необходима, чтобы предоставить Вам необходимые медицинские услуги, чтобы обеспечить охрану Вашего здоровья и безопасности или охрану здоровья и безопасности других лиц, находящихся в том же исправительном учреждении.

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЗАПИСЯМ

Психотерапевтические записи представляют собой особую категорию документации. Такие записи готовятся и делаются профессиональными специалистами по душевным заболеваниям, чтобы документировать или анализировать содержание беседы в ходе индивидуального, группового, совместного или семейного психотерапевтического сеанса. В силу своего характера такие записи подлежат специальным формам охраны.

ЕГС ЗАПРЕЩАЕТ ПОДГОТОВКУ И ВЕДЕНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЗАПИСЕЙ. ВСЯ НЕОБХОДИМАЯ ИНФОРМАЦИЯ ВКЛЮЧАЕТСЯ В ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА И СОСТАВЛЯЕТ ЕЕ ЧАСТЬ; В ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ НЕТ НИКАКИХ МАТЕРИАЛОВ, КОТОРЫЕ МОЖНО БЫЛО БЫ ХАРАКТЕРИЗОВАТЬ КАК ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЗАПИСИ.

РАСПИСКА В ОЗНАКОМЛЕНИИ И СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что мне был выдан экземпляр настоящей Памятки о принципах охраны конфиденциальности, и что тем самым я был поставлен в известность о том, каким образом касающаяся меня медицинская информация может быть использована и разглашена Еврейской гильдией для слепых и ее филиалами, перечисленными в начале настоящей памятки, а также каким образом я могу получить доступ к этой информации и ее контролировать. Я также понимаю и подтверждаю, что настоящая Памятка о принципах охраны конфиденциальности описывает специальные правила охраны конфиденциальности, применимые к информации о лечении алкоголизма и наркомании, инфекции ВИЧ и душевных заболеваний. Наконец, подписывая настоящий документ, я даю согласие на использование и разглашение моей медицинской информации, имеющие целью предоставить мне лечение и принять организационные меры для оказания мне медицинской помощи, а также чтобы обеспечить получение оплаты оказанных мне услуг и текущую деятельность Еврейской гильдии для слепых, ее отделений, филиалов, и сотрудников, перечисленных во вступительной части настоящей памятки.

Подпись пациента или его персонального представителя

Имя и фамилия пациента или его персонального представителя
(Печатными буквами)

Дата

Описание полномочий персонального представителя

ЭТУ ПАМЯТКУ МОЖНО ТАКЖЕ ПОЛУЧИТЬ НА АУДИОКАССЕТЕ, В ПЕЧАТНОМ ВИДЕ КРУПНЫМ ШРИФТОМ И В СИСТЕМЕ БРАЙЛЯ. ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ПОЛУЧИТЬ ПАМЯТКУ В ОДНОМ ИЗ ЭТИХ ФОРМАТОВ, ПОЗВОНТЕ НАМ ПО ТЕЛЕФОНУ 212-769-6200.