

# Уведомление о конфиденциальности

**НАСТОЯЩЕЕ УВЕДОМЛЕНИЕ ОПИСЫВАЕТ ТО, КАК МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВАС МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАСКРЫВАТЬСЯ, И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПРОЧИТАЙТЕ ЕГО ВНИМАТЕЛЬНО.**

Дата вступления в силу: 10 марта 2026 г.

## **А. ЦЕЛЬ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ.**

В Oregon Health & Science University («OHSU») мы прилагаем все усилия для сохранения конфиденциальности вашей медицинской информации. Согласно закону мы обязаны делать это в отношении любой медицинской информации, созданной или полученной нами. В OHSU вам обязаны предоставить настоящее Уведомление о конфиденциальности (далее по тексту — «Уведомление»). В настоящем Уведомлении изложена информация о том, в каком порядке мы можем или не можем использовать и раскрывать информацию о состоянии здоровья, которую вы предоставили нам или которую мы узнали о вас, когда вы были пациентом в нашей системе. Здесь также содержится информация о ваших правах и наших юридических обязанностях, касающихся вашей медицинской информации.

OHSU обязан соблюдать настоящее Уведомление и любые будущие изменения в Уведомлении, которые мы обязаны или уполномочены в соответствии с законодательством внедрять во всех центрах OHSU, включая школы стоматологии, медицины, сестринского дела, а также науки и техники; больницу OHSU и детскую больницу Doernbecher Children's Hospital; многочисленные клиники первичной и специализированной медицинской помощи; многочисленные исследовательские институты и центры; и несколько общественных

и просветительских программ. Действие настоящего Уведомления распространяется на следующих лиц:

- Все сотрудники OHSU, волонтеры, студенты, штатные сотрудники и поставщики услуг, включая лечащий персонал, которые имеют доступ к медицинской информации.
- Все медицинские работники, уполномоченные вносить информацию в вашу медицинскую карту OHSU.
- Любой лечащий персонал, не относящийся к OHSU, который иным способом может иметь доступ к вашей медицинской информации, созданной или хранящейся в OHSU, например, в результате работы по вызову по поручению лечащего персонала OHSU.

В остальной части настоящего Уведомления «OHSU», «мы» и «нас» будут относиться ко всем услугам, сферам обслуживания и работникам OHSU. Когда мы используем «информация о вашем здоровье», мы имеем в виду любую информацию, которую вы предоставили нам о вас и вашем здоровье, а также информацию, которую мы получили, когда мы предоставляли вам уход (включая информацию о здоровье, предоставленную OHSU лицами, работающими вне системы OHSU).

Копии настоящего Уведомления с датой вступления в силу будут доступны в каждой клинике и на нашем веб-сайте по адресу <http://www.ohsu.edu/xd/about/services/integrity/ips/npp.cfm>.



## **В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОПЛАТЫ И РЕАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В OHSU.**

### **1. Лечение, оплата и медицинская деятельность.**

В следующем разделе описываются различные способы использования и раскрытия нами медицинской информации для целей проведения лечения, совершения оплаты и реализации медицинской деятельности. Для каждой из этих категорий мы объясняем, что мы имеем в виду, и приводим один или несколько примеров. Здесь рассмотрены не все случаи использования и раскрытия. Также могут иметь место случайные раскрытия в ходе перечисленных видов использования и раскрытия. Способы использования и раскрытия нами медицинской информации подпадают под одну из категорий.

**а. В целях проведения лечения.** Мы можем использовать вашу медицинскую информацию для оказания вам медицинской или стоматологической помощи или услуг. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию штатным врачам, штатным стоматологам, аспирантам, акушеркам или практикующим медсестрам, а также другому персоналу, участвующему в вашем медицинском обслуживании. Мы также можем раскрывать вашу медицинскую информацию студентам и врачам-резидентам, которые в рамках своих образовательных программ OHSU (и под наблюдением врачей или стоматологов) участвуют в вашем лечении. Лечение включает (а) действия и процедуры, выполняемые медсестрами, офисным персоналом, больничным персоналом, техниками и другими медицинскими работниками, которые предоставляют вам уход или координируют или управляют вашим лечением с третьими лицами, (б) консультации с поставщиками OHSU и другими поставщиками медицинских услуг и между ними, и (с) действия и процедуры поставщиков, не относящихся к OHSU, или других поставщиков, выполняющих обслуживание для OHSU по телефону или выступающих в качестве дежурных поставщиков услуг.

Например, врачу или стоматологу, лечащему вас от инфекции, может потребоваться информация о том, есть ли у вас другие

проблемы со здоровьем, которые могут осложнить ваше лечение. Такой поставщик может использовать вашу историю болезни, чтобы решить, какое лечение лучше для вас. Он также может сообщить другому поставщику о вашем заболевании, чтобы такой поставщик смог подобрать для вас оптимальное лечение.

**б. В целях совершения оплаты.** Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для выставления счетов и получения оплаты от вас, страховой компании или другого лица за медицинские услуги, которые вы получаете от OHSU. Мы также можем сообщить вашему плану медицинского страхования о лечении, которое вы собираетесь получить, чтобы получить предварительное разрешение или выяснить, оплатит ли ваш план такое лечение.

Например, нам может потребоваться предоставить вашему плану медицинского страхования информацию об операции, которую вам провели в OHSU, чтобы ваш план медицинского страхования заплатил нам за операцию или возместил вам стоимость операции.

**с. В целях реализации медицинской деятельности.** Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для осуществления необходимых административных, образовательных и хозяйственных функций в OHSU, а также для контроля качества.

Например, мы можем использовать вашу медицинскую информацию для оценки эффективности работы нашего персонала по уходу за вами. Мы также можем использовать медицинскую информацию о пациентах, которые помогут нам решить какие дополнительные услуги нам следует предлагать, как мы можем повысить эффективность или определить степень эффективности определенных видов лечения. Либо мы можем предоставлять медицинскую информацию врачам, медсестрам, техникам или студентам-медикам для ознакомления, анализа и других целей преподавания и обучения.

### **2. Деятельность по привлечению средств.**

В рамках медицинской деятельности OHSU мы можем использовать и раскрывать ограниченный объем вашей медицинской информации внутри системы или фонду

OHSU Foundation и фонду детской больницы Doernbecher Children's Hospital Foundation (совместно именуемые «Фонды»), чтобы они могли связаться с вами по вопросу сбора денег для OHSU. Медицинская информация, предоставляемая для сбора средств, может включать ваше имя, адрес, другую контактную информацию, пол, возраст, дату рождения, даты получения вами услуги, статус медицинского страхования, результаты вашего лечения в OHSU, а также имя и фамилию вашего лечащего врача и отдел в OHSU. Все сообщения о сборе средств, которые вы получаете от OHSU или его Фондов, будут содержать информацию о том, как вы можете отказаться от получения дальнейших сообщений о сборе средств от OHSU.

### **3. Случаи использования и раскрытия информации, которые вы можете ограничить.**

**а. Больничный справочник.** Если вы не уведомите нас о своем возращении, мы можем включить определенную информацию о вас в больничный справочник, чтобы отвечать на запросы друзей, родственников, священнослужителей и других лиц, которые спрашивают о вас, когда вы являетесь пациентом в больнице. В частности, ваши имя, местонахождение в больнице и общее состояние (например, хорошее, удовлетворительное, тяжелое, критическое) могут быть переданы людям, которые запросят информацию о вас, назвав ваше имя. Кроме того, информация о вашей религиозной принадлежности может быть передана священнослужителю, например священнику или раввину, имеющему официальный статус добровольца OHSU, даже если они не спросят о вас, назвав непосредственно ваше имя.

**б. Члены семьи и друзья.** Если вы не уведомите нас о своем возращении, мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию лицам, таким как члены семьи и друзья, которые участвуют в вашем лечении или помогают оплачивать ваше обслуживание. Мы можем сделать это, если вы попросите нас об этом, или если вы знаете, что мы передаем вашу медицинскую информацию этим людям, и не запрещаете нам делать это. Могут также возникнуть обстоятельства, когда мы можем предположить, исходя из нашего профессионального суждения, что вы не будете возражать. Например, мы можем предположить, что вы соглашаетесь на раскрытие вашей информации супругу

(супруге), если он (она) находится с вами в смотровой комнате во время лечения.

Кроме того, если вы не можете одобрить раскрытие или возразить против него, мы можем раскрыть информацию конкретному человеку (например, члену семьи или другу), когда такое раскрытие, по нашему мнению, отвечает вашим наилучшим интересам и связано с участием этого лица в вашем лечении. Например, мы можем сообщить лицу, сопровождающему вас в отделении неотложной помощи, что вы перенесли сердечный приступ, и предоставить актуальную информацию о вашем состоянии. Мы также можем выносить аналогичные профессиональные суждения о ваших наилучших интересах, которые позволяют другому лицу получить, например, лекарства по рецепту, медицинские изделия и рентгеновские снимки.

### **С. ДРУГИЕ РАЗРЕШЕННЫЕ СЛУЧАИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ.**

Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию без вашего разрешения при следующих обстоятельствах, с учетом всех применимых нормативных требований и ограничений.

- 1. Требования законодательства.** Согласно требованиям федерального, штатового или местного законодательства.
- 2. Деятельность по охране здоровья населения.** В целях общественного здравоохранения для предотвращения или контроля заболеваний, травм или инвалидности; или для сообщения о рождении, смерти, предполагаемом насилии или небрежном отношении, несчастных физических травмах, реакциях на лекарства, вакцинациях в школах при определенных обстоятельствах или проблемах с продуктами.
- 3. Жертвы жестокого обращения, небрежного отношения или домашнего насилия.** Государственному органу, уполномоченному законом получать сообщения о жестоком обращении, небрежном отношении или домашнем насилии, когда мы обоснованно считаем, что вы стали жертвой жестокого обращения, небрежного отношения или домашнего насилия и при условии соблюдения других критериев.
- 4. Деятельность по надзору в области здравоохранения.** Органу надзора в области здравоохранения для проведения аудита, расследований, проверок, лицензирования или, при необходимости, для определенных

- государственных учреждений для мониторинга системы здравоохранения, государственных программ и соблюдения законов о гражданских правах.
5. **Судебные иски и споры.** В ответ на повестку в суд, запрос документов или судебное либо административное постановление при условии соблюдения определенных критериев.
  6. **Правоохранительные органы.** Сотруднику правоохранительных органов в соответствии с требованиями законодательства; в ответ на постановление суда, повестку в суд, ордер, вызов или аналогичный процесс; для идентификации и определения местоположения, если требуется; для ответа на запрос о предоставлении информации о фактической или предполагаемой жертве преступления; для сообщения о преступлении в экстренной ситуации; для сообщения о преступлении на территории OHSU; или для сообщения о смерти, если подозревается, что смерть наступила в результате преступного поведения.
  7. **Коронеры, судмедэксперты и распорядители похорон.** Коронеру или судебно-медицинскому эксперту (при необходимости, например, для идентификации умершего лица или определения причины смерти) или распорядителю похорон, если это необходимо, чтобы позволить ему выполнять свою работу.
  8. **Донорство органов и тканей.** Организациям, занимающимся снабжением органов или трансплантацией органов, глаз или тканей, или банку донорских органов, если это необходимо для содействия донорству и трансплантации.
  9. **Исследовательская работа.** Для исследовательских целей при определенных ограниченных обстоятельствах. Для исследовательских проектов предусмотрена специальная процедура утверждения. Следовательно, мы не будем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию в исследовательских целях до тех пор, пока конкретный исследовательский проект, в рамках которого ваша медицинская информация может быть использована или раскрыта, не будет утвержден в рамках этой специальной процедуры утверждения.
  10. **Серьезная угроза здоровью или безопасности. Помощь при стихийном бедствии.** Соответствующему лицу(-ам)/ организации(-ям), когда это необходимо (i) для предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности общества или другого лица, или (ii) для уведомления членов вашей семьи или лиц, ответственных за вас, в рамках действий по оказанию помощи при стихийных бедствиях.
  11. **Вооруженные силы.** Соответствующим национальным или иностранным военным органам в рамках обеспечения надлежащего выполнения военной миссии при условии соблюдения требуемых критериев.
  12. **Национальная безопасность. Разведывательная деятельность. Служба охраны.** Федеральным должностным лицам для осуществления разведывательных, контрразведывательных и других разрешенных законом действий в сфере национальной безопасности, включая деятельность, связанную с защитой президента, других уполномоченных лиц или глав иностранных государств или с проведением специальных расследований.
  13. **Лица, содержащиеся под стражей.** При необходимости, в исправительное учреждение (если вы содержитесь под стражей) или сотруднику правоохранительных органов (если вы находитесь под стражей этого лица): (a) для оказания вам медицинской помощи; (b) для защиты вашего здоровья и безопасности или здоровья и безопасности другого лица; или (c) для безопасности и защиты исправительного учреждения.
  14. **Компенсация рабочим.** В рамках соблюдения законодательства, касающегося компенсации рабочим или аналогичной программы, связанной с производственными травмами.
- ## D. КОГДА ТРЕБУЕТСЯ ПИСЬМЕННОЕ РАЗРЕШЕНИЕ.
- За исключением случаев, указанных выше в разделах В и С, мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию для каких-либо целей, только если вы предоставите нам свое явное письменное разрешение на это. Особые обстоятельства, требующие получения разрешения, включают в себя большинство случаев использования и раскрытия ваших записей о психотерапии, раскрытия некоторых результатов ваших анализов на вирус иммунодефицита человека или HIV, использование и раскрытие вашей медицинской информации в маркетинговых целях, чтобы побудить вас купить продукт или

услугу, и для продажи вашей медицинской информации за некоторыми исключениями. Если вы предоставите нам разрешение, вы можете отозвать такое письменное разрешение в любое время. Чтобы отозвать свое разрешение, отправьте курьерской службой или по факсу свое решение отозвать разрешение в письменной форме в отдел управления медицинской информацией OHSU Health Information Management, Mail Code OP17A, 3181 S.W. Sam Jackson Park Road, Portland, OR 97239; факс: (503) 494-6970. Если вы отзовете свое разрешение, мы больше не будем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию; при этом отзыв разрешения не имеет обратной силы.

#### **Е. ПРОГРАММЫ ОРГАНИЗОВАННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.**

OHSU принимает участие в одной или более программах организованного медицинского обслуживания (Organized Health Care Arrangements, OHCA). OHSU может передавать вашу медицинскую информацию другим участникам OHCA в целях проведения лечения, осуществления оплаты и реализации медицинской деятельности, имеющим отношение к программам OHCA. Со списком участников OHCA можно ознакомиться на веб-сайте OHSU.

#### **Ф. МЕДИЦИНСКИЕ ЗАПИСИ, КАСАЮЩИЕСЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ (ЧАСТЬ 2 ТИТУЛА 42 СВОДА ФЕДЕРАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ АКТОВ [CFR]).**

Если у нас содержатся медицинские записи о вас, касающиеся злоупотребления психоактивными веществами (Substance Use Disorder, SUD), на которые распространяется действие положений Части 2 Титула 42 свода федеральных нормативных актов (CFR), мы не будем разглашать такие сведения для их использования против вас в рамках проведения гражданских, уголовных, административных или законодательных расследований без наличия: (1) вашего на то письменного согласия; или (2) судебного постановления или повестки в суд. Более подробная информация изложена в разделе «Уведомление для пациентов OHSU в отношении Части 2 Титула 42 свода федеральных нормативных актов (CFR)».

#### **Г. ВАШИ ПРАВА ОТНОСИТЕЛЬНО ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ.**

У вас есть определенные права в отношении вашей медицинской информации, которые

мы перечисляем ниже. В каждом из этих случаев, если вы хотите реализовать свои права, вы должны сделать это в письменной форме, заполнив форму, которую можно получить в отделе по вопросам безопасности и конфиденциальности информации OHSU Information Privacy and Security Office, Mail Code ITG09, 3181 S.W. Sam Jackson Park Road, Portland, OR 97239, или на веб-сайте <http://www.ohsu.edu/xd/about/services/integrity/policies/ips-policies-hipaa-forms.cfm#results>. В некоторых случаях мы можем взимать с вас плату за предоставление вам материалов. Вы можете получить информацию о том, как осуществлять свои права, а также о любых расходах которую мы можем взимать за материалы, связавшись с отделом по вопросам безопасности и конфиденциальности информации OHSU Information Privacy and Security Office по телефону (503) 494-0219.

**1. Право на проверку и копирование.** За некоторыми исключениями, вы имеете право проверить и получить копию медицинской информации, которую мы используем для принятия решений о вашем лечении. В отношении той части вашей медицинской информации, которая хранится в нашей электронной медицинской карте, вы можете попросить предоставить эту информацию вам или для вас в электронном формате. Если вы делаете такой запрос, мы обязаны предоставить вам эту информацию в электронном виде (если мы не отклоним ваш запрос по другим причинам). Мы можем отклонить ваш запрос на проверку и (или) копирование при определенных ограниченных обстоятельствах. В таком случае вы можете запросить о пересмотре отказа.

**2. Право на внесение изменений.** У вас есть право вносить изменения в свою медицинскую информацию, хранящуюся в OHSU, для OHSU или используемую OHSU для принятия решений, касающихся вас. Вам необходимо указать причину запроса. Мы можем отклонить ваш запрос о внесении изменений, если запрос не был представлен должным образом, или если вы просите нас внести изменения в информацию, которую: (а) мы не создавали (кроме случаев, когда источник информации больше не доступен для внесения изменений); (б) которая не является частью медицинской информации, которую мы храним; (с) которая относится к такому типу, который вам не разрешено проверять и копировать; или (d) которая уже является точной и полной.

3. **Право на учет случаев раскрытия информации.** У вас есть право запросить список и описание конкретных случаев раскрытия OHSU вашей медицинской информации.
4. **Право запрашивать ограничения.** У вас есть право запросить ограничение или запрет в отношении медицинской информации, которую мы используем или раскрываем о вас: (а) для лечения, оплаты или медицинских операций; (б) кому-либо, кто участвует в вашем лечении или его оплате, например, члену семьи или другу; или (с) плану медицинского страхования для оплаты или медицинских операций, когда вы или кто-то от вашего имени (кроме плана медицинского страхования) полностью или частично заплатили OHSU за товар или услугу. Например, вы можете попросить нас не использовать или не раскрывать информацию об операции, которую вы перенесли, о лабораторном анализе или о медицинском устройстве, назначенном для вашего лечения. За исключением запроса, указанного в пункте 4 (с) выше, мы не обязаны соглашаться на выполнение вашего запроса. Каждый раз, когда OHSU соглашается с применением такого ограничения, оно должно быть оформлено письменно и подписано сотрудником OHSU по вопросам конфиденциальности или его уполномоченным лицом.
5. **Право на запрос об использовании конфиденциальных каналов коммуникации.** У вас есть право потребовать, чтобы мы общались с вами по вопросам здоровья определенным образом или в определенном месте. OHSU будет удовлетворять обоснованные запросы. Например, вы можете попросить, чтобы мы связывались с вами только когда вы на работе или только по почте.
6. **Право на бумажную копию настоящего Уведомления.** У вас есть право на получение бумажной копии настоящего Уведомления, независимо от того, согласились ли вы ранее на получение Уведомления в электронном виде.
7. **Право получить уведомление об утечке данных.** У вас есть право на получение уведомления в случае утечки данных — компрометации безопасности или конфиденциальности вашей медицинской информации — по причине незащищенности вашей медицинской информации. Представители OHSU обязаны уведомить вас

в течение 60 дней с момента обнаружения утечки данных.

## **Н. ПЕРЕСМОТР ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ.**

Мы имеем право изменить настоящее Уведомление и ввести в действие пересмотренное или измененное Уведомление в отношении уже имеющейся у нас медицинской информации, а также любой информации, которую мы получим в будущем. За исключением случаев, когда это требуется по закону, существенное изменение любого условия Уведомления не может быть осуществлено до даты вступления в силу Уведомления, в котором отражено такое существенное изменение. OHSU будет размещать пересмотренное Уведомление в центрах OHSU, на своем веб-сайте и предоставит вам копию пересмотренного уведомления по вашему запросу.

## **I. ВОПРОСЫ И ЖАЛОБЫ.**

Если у вас возникли какие-либо вопросы по поводу настоящего Уведомления, свяжитесь с OHSU по телефону (503) 494-8311. Если вы считаете, что ваши права на неприкосновенность частной жизни были нарушены, вы можете подать жалобу в OHSU или на имя министра здравоохранения и социальных служб. Чтобы подать жалобу в OHSU, свяжитесь с OHSU по номеру (503) 494-8311. Подача жалобы не влечет за собой никаких штрафных санкций.

В настоящем Уведомлении рассказывается, как мы можем использовать и передавать информацию о вашем здоровье. Если вы хотите получить копию настоящего Уведомления, обратитесь к своему поставщику медицинских услуг.

# Уведомление для пациентов OHSU в отношении Части 2 Титула 42 Свода федеральных нормативных актов (CFR)

Как изложено в Уведомлении о конфиденциальности OHSU, медицинская информация пациентов находится под защитой федерального законодательства, а также законов и нормативно-правовых актов штата, в том числе Закона о мобильности и подотчетности медицинского страхования от 1996 года (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Некоторые медицинские записи, касающиеся злоупотребления психоактивными веществами (Substance Use Disorder, SUD), также находятся под защитой федерального законодательства в соответствии с Частью 2 (далее по тексту — «Часть 2») Титула 42 Свода федеральных нормативных актов (CFR).

**В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ OHSU О ПРОГРАММАХ ЧАСТИ 2 ОПИСАНЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАЩИТЫ, КОТОРЫЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ К МЕДИЦИНСКИМ ДАННЫМ КАСАТЕЛЬНО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ, КОТОРЫЕ НАХОДЯТСЯ ПОД ЗАЩИТОЙ В СООТВЕТСТВИИ С ЧАСТЬЮ 2, А ИМЕННО:**

**КАК ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ, МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАЗГЛАШАТЬСЯ;**

**ВАШИ ПРАВА ОТНОСИТЕЛЬНО ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ КАСАТЕЛЬНО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ (SUD);**

**КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ В ОТНОШЕНИИ НАРУШЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИЛИ ЗАЩИТЫ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, КАСАЮЩЕЙСЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ, ИЛИ ВАШИХ ПРАВ В ОТНОШЕНИИ ВАШЕЙ ИНФОРМАЦИИ.**

**ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ КОПИЮ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ (В БУМАЖНОМ ИЛИ ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ) И ПРИ НАЛИЧИИ КАКИХ-ЛИБО ВОПРОСОВ ОБСУДИТЬ ИХ С ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ОТДЕЛА OHSU ПО ВОПРОСАМ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ, ОБРАТИВШИСЬ ПО ТЕЛЕФОНУ 503-494-0219 ИЛИ ПО АДРЕСУ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ PRIVACY@OHSU.EDU.**

В данном разделе настоящего Уведомления под термином «медицинская информация, касающаяся злоупотребления психоактивными веществами (SUD)» подразумевается медицинская документация пациента с расстройством, вызванным злоупотреблением психоактивными веществами (Substance Use Disorder, SUD), а под местоимениями «мы» и «нас» — программы OHSU, действующие в рамках Части 2 Титула 42 Свода федеральных нормативных актов (CFR).

**A. ВАШИ ПРАВА ОТНОСИТЕЛЬНО ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, КАСАЮЩЕЙСЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ (SUD)**

В данном разделе описываются ваши права в отношении вашей медицинской информации касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD).

- 1. Право предоставить согласие на использование и раскрытие вашей медицинской информации касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD).** Вы имеете право предоставить согласие в отношении большинства случаев использования и разглашения вашей медицинской информации, касающейся злоупотребления психоактивными веществами (SUD), в том числе предоставить единое разрешение для всех будущих случаев использования и раскрытия информации в целях проведения лечения, осуществления оплаты и реализации медицинской деятельности.
- 2. Право запрашивать ограничения.** Вы можете попросить нас не предоставлять определенную медицинскую информацию касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD) для целей проведения лечения, осуществления оплаты или реализации медицинской деятельности. Мы не обязаны соглашаться удовлетворить ваш запрос. Если мы согласимся удовлетворить ваш запрос, мы по-прежнему можем передать эту информацию в случае, если вам будет требоваться экстренное лечение. Если вы самостоятельно оплачиваете медицинскую услугу или товар в полном объеме, вы можете попросить нас не предоставлять такую информацию вашему страховщику. Мы согласимся удовлетворить такой запрос, если в соответствии с законодательством мы не обязаны передавать такую информацию вашему страховщику.
- 3. Право получить бумажный экземпляр настоящего Уведомления.** Вы имеете право в любое время запросить о предоставлении вам бумажного экземпляра настоящего Уведомления, даже если вы уже получили его электронную версию.
- 4. Право обсудить настоящее Уведомление.** Вы можете задать вопросы или получить дополнительную информацию по поводу данного Уведомления и нашей политики конфиденциальности, связавшись по телефону или по электронной почте с контактным лицом, контактные данные которого приведены в верхней части настоящего Уведомления в отношении Части 2.
- 5. Право выбора в отношении сообщений по поводу сбора средств.** Вы имеете право на получение от программы OHSU в рамках Части 2 заблаговременного уведомления в четкой и ясной форме по поводу сообщений о сборе средств, а также право выбирать, получать ли такие сообщения. Обратите внимание, что вы можете получать от OHSU отдельные сообщения по поводу сбора средств, как это разрешено в соответствии с законом HIPAA, на основании услуг, которые вы получаете вне программ Части 2, реализуемых OHSU.
- 6. Право подать жалобу.** Вы вправе подать жалобу в адрес OHSU. Для этого позвоните по номеру (503) 494-8311. Вы также можете подать жалобу в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) Министерства здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services), направив письмо по адресу

200 Independence Ave. S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по телефону 1 (877) 696-6775 или через веб-сайт Управления. Подача жалобы не повлечет за собой никаких ответных мер.

## **V. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ ПРИ НАЛИЧИИ ВАШЕГО ПИСЬМЕННОГО СОГЛАСИЯ**

При наличии вашего письменного согласия мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD) во всех будущих случаях использования и раскрытия для целей проведения лечения, осуществления оплаты и реализации медицинской деятельности.

Кроме того, при наличии отдельного письменного согласия мы также можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD): Физическим лицам или программам по вашему выбору.

В целях предотвращения многократной регистрации в программах по управлению синдромом отмены или управлению лечением.

Для предоставления отчетности об участии в лечении в соответствии с требованиями системы уголовного правосудия.

Для предоставления отчетности по поводу использования рецептурных препаратов при лечении расстройств, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, в случаях, когда это требуется в соответствии с законом.

## **C. ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ**

Вы имеете право отозвать согласие, направив письменный запрос об отзыве согласия в отдел управления медицинской информацией OHSU Health Information Management, почтовый код OP17a, 3181 SW Sam Jackson Park Rd., Portland, OR 97239. Если вы отзовете свое согласие, мы больше не будем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD), в порядке, как это разрешено при наличии вашего письменного согласия, за исключением случаев, когда при использовании или раскрытии такой информации мы уже полагались на ваше разрешение. Если прохождение лечения, на которое вы были направлены, представляет собой условие, необходимое к выполнению в рамках каких-либо судебных разбирательств или процедур, ваше право на отзыв согласия может быть ограничено, а разъяснения по поводу него должны содержаться в подписанной вами форме согласия.

## **D. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ БЕЗ ВАШЕГО ПИСЬМЕННОГО СОГЛАСИЯ**

Мы можем иметь право или быть обязанными передавать вашу медицинскую информацию касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD) без наличия вашего письменного на то согласия для следующих целей.

**1. Для осуществления коммуникации с нашими подрядчиками и в рамках нашей программы.** Мы можем передавать вашу медицинскую информацию, касающуюся злоупотребления психоактивными веществами (SUD), в рамках нашей программы, организации, осуществляющей административный контроль над деятельностью нашей программой, и подрядчикам, которые помогают нам в процессе реализации нашей программы.

- 2. При необходимости в оказании экстренной медицинской помощи.** В случае реальной потребности в получении экстренной медицинской помощи мы можем передавать вашу медицинскую информацию касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD) поставщикам медицинских услуг и персоналу, оказывающему вам медицинскую помощь. Кроме того, мы можем передавать информацию касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD) Управлению по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов, чтобы они могли уведомить вас или вашего поставщика услуг о небезопасных продуктах, которые вы можете употреблять.
- 3. Для определенных целей общественного здравоохранения.** Мы можем раскрывать медицинскую информацию касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD) в анонимизированной форме в определенных ситуациях, в том числе для предотвращения распространения заболеваний и предоставления информации о побочных реакциях на лекарственные препараты.
- 4. Для помощи в проведении научных исследований.** Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD) для проведения или предоставления помощи в проведении исследований, связанных со здоровьем. Исследователи не могут включать в свои отчеты какую-либо идентифицирующую вас информацию без вашего на то согласия.
- 5. В ответ на запросы руководства и финансового аудита, а также оценивания программ.** Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD) для улучшения качества наших услуг, получения необходимой аккредитации и в рамках сотрудничества с государственными органами, осуществляющими надзор, в целях, разрешенных законом, обязуя лиц, получающих или имеющих доступ к просмотру такой информации, предоставить согласие уничтожить или вернуть данные после выполнения соответствующих рабочих мероприятий, а также не использовать такие данные против вас.
- 6. Для оказания помощи в установлении причины смерти.** Мы можем разгласить идентифицирующую покойного пациента информацию в порядке, как это разрешено или требуется в соответствии с законом.
- 7. Чтобы сообщить о предполагаемых случаях жестокого обращения с детьми и пренебрежительного отношения к ним.** Мы можем разгласить идентифицирующую пациента информацию в порядке, как это разрешено или требуется в соответствии с законом, чтобы сообщить о жестоком обращении с детьми или пренебрежительном отношении к ним.
- 8. Для предотвращения или пресечения преступлений или угроз преступлений на территории учреждения.** Мы можем сообщить правоохранительным органам, если пациент совершает или угрожает совершить преступление

в рамках нашей программы или против наших сотрудников.

9. **В рамках судебных постановлений, имеющих юридическую силу.** Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию касательно злоупотребления психоактивными веществами для выполнения специальных судебных постановлений и юридических предписаний (судебных повесток и т. д.) в рамках Части 2, как описано в разделе E настоящего Уведомления для пациентов.

## **E. СУДЕБНЫЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВА И СУДЕБНЫЕ ПОСТАНОВЛЕНИЯ**

Прежде чем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD) в рамках проведения расследований или судебных разбирательств, мы обязаны следовать определенным процедурам.

1. **Мы не будем использовать или разглашать** ваши медицинские записи касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD) либо давать показания по поводу содержания таких записей в рамках проведения любых гражданских, административных, уголовных либо законодательных разбирательств против вас, за исключением случаев, если вы подписали специальную форму согласия, предоставляющую нам разрешение использовать или разглашать такую информацию, или если суд вынес соответствующее постановление об использовании или разглашении информации.
2. **Мы можем использовать или раскрывать** вашу медицинскую информацию касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD) на основании судебного постановления только после соответствующего уведомления и предоставления вам и (или) владельцу записей возможности высказаться (Программа OHSU Части 2), если это требуется в соответствии с § 290dd-2 Титула 42 Кодекса США (USC) и Частью 2 Титула 42 Кодекса федеральных нормативных актов (CFR).
3. **Мы не будем использовать или разглашать** вашу медицинскую информацию касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD), за исключением случаев, когда постановление суда, предусматривающее разрешение на использование или разглашение такой информации, включает судебную повестку либо другое аналогичное судебное распоряжение, обязывающее нас к раскрытию информации.

## **F. ПОВТОРНОЕ РАСКРЫТИЕ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ HIPAA**

Если вы даете согласие на использование и раскрытие информации касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD) во всех будущих случаях для целей проведения лечения, совершения оплаты и осуществления медицинской деятельности, мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию касательно злоупотребления психоактивными веществами другим программам по лечению расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами, врачебным кабинетам и другим поставщикам услуг для реализации соответствующих мероприятий. Если на лицо, получившее вашу медицинскую информацию

касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD), распространяется действие закона HIPAA, такое лицо может использовать и раскрывать информацию повторно без вашего на то письменного разрешения в любых целях, разрешенных в соответствии с законом HIPAA. Ваша медицинская информация касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD) по-прежнему не может использоваться против вас в рамках проведения юридических разбирательств без предоставления вами соответствующего согласия или при отсутствии судебного постановления, выданного в соответствии с Частью 2, и юридического предписания (повестки в суд и т. д.).

## **G. НАША ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

1. **В соответствии с законодательством, мы обязаны** поддерживать конфиденциальность и безопасность вашей медицинской информации, касающейся злоупотребления психоактивными веществами (SUD).
2. **Мы обязаны незамедлительно уведомить вас** в случае утечки ваших незащищенных данных, которая могла поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность вашей медицинской информации касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD).
3. **Мы обязаны соблюдать** обязанности и правила по сохранению конфиденциальности, описанные в настоящем Уведомлении, а также предоставить вам его копию.
4. **Мы не будем использовать или передавать** вашу медицинскую информацию касательно злоупотребления психоактивными веществами (SUD) в порядке, не описанном в настоящем Уведомлении, без наличия на то вашего письменного согласия. Вы имеете право отозвать свое согласие. Для этого вам необходимо уведомить нас об этом в письменной форме.

## **H. ВОПРОСЫ**

При возникновении вопросов по поводу настоящего Уведомления или предоставления согласия вы можете обратиться к сотрудникам программы Части 2 (Part 2 Program). Вы также можете обратиться в отдел по вопросам безопасности и конфиденциальности информации OHSU Information Privacy and Security Office по адресу электронной почты [privacy@ohsu.edu](mailto:privacy@ohsu.edu) или по телефону (503) 494-0219.

## **I. ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В УСЛОВИЯ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ**

Мы обязаны соблюдать условия настоящего Уведомления. Мы оставляем за собой право вносить изменения в условия настоящего Уведомления, и такие изменения будут применяться ко всей вашей медицинской информации, касающейся злоупотребления психоактивными веществами (SUD), которая у нас имеется. Обновленное уведомление будет доступно по запросу, а также представлено на нашем веб-сайте.

## **J. ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ**

Настоящее Уведомление вступает в силу 10 марта 2026 года и вносит изменения во все предыдущие версии Уведомления для пациентов OHSU в отношении Части 2 Титула 42 Свода федеральных нормативных актов (CFR).

# Уведомление о доступности услуг языковой поддержки, вспомогательных средств и услуг

## **English**

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 503-494-8311 or speak to your provider.

## **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 503-494-8311 o hable con su proveedor.

## **中文 (Chinese (Simplified))**

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 503-494-8311 或咨询您的服务提供商。

## **中文 (Chinese (Traditional))**

注意：如果您說[中文]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 503-494-8311 或與您的提供者討論。

## **Việt (Vietnamese)**

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 503-494-8311 hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

## **РУССКИЙ (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 503-494-8311 или обратитесь к своему поставщику услуг.

## **українська мова (Ukrainian)**

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 503-494-8311 або зверніться до свого постачальника.

## **한국어 (Korean)**

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 503-494-8311번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

## **नेपाली (Nepali)**

सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 503-494-8311 मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

### العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 503-494-8311 أو تحدث إلى مقدم الخدمة

### Türkçe (Turkish)

DİKKAT: Türkçe konuşuyorsanız, sizin için ücretsiz dil yardımı hizmetleri sunulmaktadır. Bilgileri erişilebilir formatlarda sunmak için ücretsiz olarak uygun yardımcı destek ve hizmetler de sunulmaktadır. 503-494-8311 numaralı telefonu arayın veya sağlayıcınız ile konuşun.

### Akan – a Twi ka ho (Akan – including Twi)

HYE NO NSO: Sɛ woka Akan (a Twi ka ho) ho a, εho mmoa wɔ hɔ ma wo a wontua hwee. Mmoa ho nneɛma ahodoɔ a εfata ne nnwumadie a εde amaneeɔɔ a wo nsa bɛtumi aka so nso wɔ hɔ a wontua hwee. Frɛ 503-494-8311 anaa ene wo dwumayeni no nkasa.

### فارسي (Farsi)

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان تماس بگیرید موجود می باشند. با شماره 503-494-8311 یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید

### 日本語 (Japanese)

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料をご利用いただけます。503-494-8311までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

### Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 503-494-8311 an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

### ភាសាខ្មែរ (Khmer)

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មាន តាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយ ឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 503-494-8311 ឬ និយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

### română (Romanian)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă sunt disponibile servicii gratuite de asistență lingvistică. De asemenea, sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru a furniza informații în formate accesibile. Apelați 503-494-8311 sau vorbiți cu furnizorul dvs.