

**ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**  
**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ О ПОЛУЧЕНИИ**  
**УВЕДОМЛЕНИЯ HIPAA О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

*Своей подписью ниже я подтверждаю, что мне предоставлен экземпляр настоящего Уведомления о Подписываясь ниже, я подтверждаю, что мне была предоставлена копия Уведомления о соблюдении конфиденциальности (на предпочтительном для меня языке, если таковой имеется) и, следовательно, я был (-а) проинформирован о том, как Maimonides Midwood Community Hospital может мою медицинскую информацию, а также о том, как я могу получить доступ к этой информации и контролировать ее. Я также признаю и понимаю, что могу запросить копии отдельных письменных объяснений особых мер защиты конфиденциальности, которые применяются к информации, связанной с ВИЧ, и информации о психическом здоровье.*

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Personal Representative  
Подпись пациента или личного представителя

\_\_\_\_\_  
Print Name of Patient or Personal Representative  
Ф.И.О. пациента или личного представителя печатными

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date  
Дата

\_\_\_\_\_  
Description of Personal Representative's Authority  
Описание полномочий личного представителя

Пациенту или личному представителю выдается копия этой формы на русском языке.

Patient or Personal Representative given a copy of this form in Russian.

Translated "Notice of Privacy Practices" given to Patient or Personal Representative by: \_\_\_\_\_

(For internal use or where signature above cannot be obtained)

Except in emergency treatment circumstances, the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) requires that we make a good faith effort to obtain written acknowledgment of the patient's receipt of the Notice of Privacy Practices on the first date we provide treatment, products or services to the patient (including at the time of admission, at a first visit to a hospital department, or any other first service contact with the patient). We must make a good faith effort to obtain written acknowledgment when reasonably practicable following an emergency treatment situation. If such acknowledgment cannot be obtained, we must document our good faith efforts to obtain the acknowledgment and why it was not obtained.

Describe good faith efforts to obtain written acknowledgment (include your name and the date):

1.  Patient unable to sign due to medical condition(s)  Patient refused to sign

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

2.  Patient unable to sign due to medical condition(s)  Patient refused to sign

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

3.  Patient unable to sign due to medical condition(s)  Patient refused to sign

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

THE ORIGINAL OF THIS FORM MUST BE PLACED IN THE MEDICAL RECORD

**ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ: 16 февраля 2026 г.**

## **Уведомление о соблюдении конфиденциальности**

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАК МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ И ПРИ КАКИХ УСЛОВИЯХ ОНА МОЖЕТ БЫТЬ РАЗГЛАШЕНА, А ТАКЖЕ, КАК МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ТАКОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПРОСИМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С СОДЕРЖАНИЕМ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ.

В соответствии с законом мы обязаны соблюдать конфиденциальность информации о состоянии Вашего здоровья и предоставить Вам экземпляр настоящего Уведомления. Если у Вас возникнут вопросы относительно настоящего Уведомления, обратитесь к нашему уполномоченному по обеспечению конфиденциальности в Отдел по работе с пациентами (Privacy Officer's Designee in the Patient Relations Department) по телефону 718 283-7212.

## **КТО ВЫПОЛНЯЕТ ПОЛОЖЕНИЯ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ?**

В настоящем Уведомлении описана практика обеспечения конфиденциальности информации о состоянии Вашего здоровья в Maimonides Midwood Community Hospital (ММСН), среди медицинского персонала и смежных учреждений здравоохранения, предоставляющих медицинские услуги совместно с нашей больницей. Практика обеспечения конфиденциальности, описанная в настоящем Уведомлении, соблюдается: (1) всеми медицинскими специалистами, которые обслуживают Вас в любом отделении центра; (2) всеми сотрудниками, студентами, стажерами или добровольцами в любом отделении центра; (3) всеми коммерческими. Ваш лечащий врач может руководствоваться иными правилами использования и разглашения информации о Вашем здоровье, действующими в его/ее учреждении.

## **КАКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ СОХРАНЯЕТСЯ В ТАЙНЕ**

Мы обязуемся сохранять конфиденциальность информации, которую мы получаем о Вас в процессе оказания медицинских услуг. Например, конфиденциальной информацией считается:

- Вы либо являетесь пациентом Maimonides Midwood Community Hospital, либо получаете лечение, либо Вам оказывают иные медицинские услуги в нашей больнице;
- информация о состоянии Вашего здоровья (например, заболевание, которое может у Вас быть);
- информация о медицинской продукции или услугах, которые Вы получали или можете получать в дальнейшем (например, операция); или
- информация о льготах Вашего страхового плана (например, покрывает ли он оплату лекарств по рецептам);

в сочетании с:

- демографической информацией (Ваше имя и фамилия, адрес или страховой статус);
- личные номера, позволяющие идентифицировать Вас (например, Ваш номер социального обеспечения (SSN), телефон или номер водительских прав);
- и иная информация, по которой возможно Вас идентифицировать.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ПРАВИЛО ДЛЯ РАССТРОЙСТВА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (SUBSTANCE USE DISORDER, SUD): Дополнительная защита предоставляется информации Расстройство связанное с употреблением психоактивных веществ (SUD) в соответствии с 42 Кодекс федеральных нормативных актов (CFR) Часть 2.

## **В КАКИХ СЛУЧАЯХ МЫ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ И РАЗГЛАШАТЬ ЕЕ БЕЗ ВАШЕГО ПИСЬМЕННОГО РАЗРЕШЕНИЯ**

Ниже мы разъясняем, как мы можем использовать и разглашать информацию о состоянии Вашего здоровья без Вашего письменного разрешения.

### **Лечение, платежи и административно-коммерческая деятельность**

- 1. Лечение.** Мы можем сообщать информацию о состоянии Вашего здоровья врачам, медицинским сестрам, лаборантам или иным медицинским службам Maimonides Midwood Community Hospital, и ее аффилированным практикам, которые участвуют в оказании Вам медицинской помощи. Они могут, в свою очередь, использовать эту информацию для диагностики или лечения. Врач нашей больницы может сообщить информацию о Вашем здоровье другому врачу нашей больницы или врачу другой больницы для решения о методах диагностики и лечения. Ваш лечащий врач также может передать информацию о Вашем здоровье другому врачу, который назначен для дальнейшего наблюдения за Вашим состоянием. Различные отделения нашей больницы и медицинские специалисты могут сообщать информацию о Вашем здоровье для координирования процедур, например, выписки рецептов, лабораторных анализов и рентгеноскопии. Наш профессорско-преподавательский состав, студенты, добровольцы и врачи-интерны будут иметь доступ к информации о Вашем состоянии в целях обучения и лечения, поскольку они участвуют в непрерывной подготовке, стажировке и проходят ординатуру. Мы также можем раскрывать медицинскую информацию о вас для людей за пределами ММСН, которые могут участвовать в Вашей медицинской помощи после выписки из больницы, например, врачей, которые будут обеспечивать последующий уход, организаций физической терапии, поставщиков медицинского оборудования, учреждений по уходу дома, санаторий, домов инвалидов.

Расстройство связанное с употреблением психоактивных веществ (SUD) Документы; если ваша информация защищена 42 Кодекс федеральных нормативных актов (CFR) Часть 2, мы НЕ будем раскрывать её для лечения без вашего письменного согласия, если это не разрешено Частью 2 (например, медицинские чрезвычайные ситуации, конкретные судебные приказы, сообщения о преступлениях на территории программы или против сотрудников программы).

- 2. Платежи.** Мы можем воспользоваться информацией о состоянии Вашего здоровья или сообщать такие данные другим лицам, если нам необходимо получить оплату за предоставленный Вам медицинский уход. Мы также можем сообщать информацию о состоянии Вашего здоровья страховой компании для предварительного подтверждения Вашего лечения, например, госпитализации для определенного вида хирургического вмешательства. И, наконец, мы можем сообщать информацию о Вас другим службам и плательщикам для осуществления платежей, например, службе скорой помощи.

Исключение Расстройство связанное с употреблением психоактивных веществ (SUD): Нам требуется ваше письменное согласие на раскрытие информации о лечении Расстройство связанное с употреблением психоактивных веществ (SUD) для оплаты, если не применяется регуляторное исключение.

**3. Административно-коммерческая деятельность.** Мы можем использовать информацию о состоянии Вашего здоровья или сообщать такие данные другим лицам в целях осуществления административно-коммерческих операций, планирования и различных видов деятельности, повышающих качество и экономическую эффективность предоставляемого Вам медицинского ухода, например, для улучшения его эффективности, обзора его использования, при внутренних проверках, аккредитации, сертификации, лицензировании, в образовательной деятельности и при стажировке. Например, мы можем использовать сведения о состоянии Вашего здоровья для проведения опроса пациентов о качестве их обслуживания, для оценки работы нашего персонала в процессе оказания Вам медицинского ухода или для обучения нашего персонала тому, как улучшить качество необходимого Вам медицинского ухода. Мы можем передавать сведения о состоянии Вашего здоровья нашим представителям пациентов и другим сотрудникам для решения любых возникающих с Вашей стороны жалоб и для обеспечения Вашего комфорта в то время, когда Вы посещаете нас. И, наконец, мы можем сообщать информацию о состоянии Вашего здоровья другим медицинским учреждениям и плательщикам для осуществления конкретных коммерческих операций, если эта информация касается текущих, или имевших место, отношений учреждения или плательщика с Вами и если учреждение или плательщик обязаны, в соответствии с федеральным законом, обеспечивать конфиденциальность сведений о состоянии Вашего здоровья.

**Исключение Расстройство связанное с употреблением психоактивных веществ (SUD):**

Операции, связанные с информацией о Расстройстве связанное с употреблением психоактивных веществ (SUD), обычно требуют вашего письменного согласия.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** использование и раскрытие информации о лечении Расстройстве связанное с употреблением психоактивных веществ (SUD) в приведённой ниже ситуации может требовать вашего письменного согласия согласно 42 Кодекс федеральных нормативных актов (CFR) Часть 2.

- 1. Напоминания о посещениях, альтернативная терапия, льготы и услуги.** В процессе предоставляемого Вам лечения мы можем использовать информацию о состоянии Вашего здоровья для того, чтобы напомнить Вам о предстоящем визите для лечения или для получения других услуг. Мы также можем использовать информацию о состоянии Вашего здоровья для рекомендации возможной альтернативной терапии или медицинских льгот и услуг, которые могут Вас заинтересовать.
- 2. Благотворительные сборы.** Благотворительные сборы. В интересах своей деятельности мы можем использовать демографические данные о Вас, включая такую информацию, как пол и возраст, адрес проживания или место работы, а также, и период лечения, отдел обслуживания или лечение, Ваш лечащий врач, и информацию о результатах лечения, и статус вашей медицинской страховки, чтобы обратиться к Вам с предложением о благотворительных взносах для поддержания нашей деятельности. Кроме того, мы можем сообщать эти сведения благотворительному фонду, который обратится к Вам для сбора денег от нашего имени. Если Вы не хотите, чтобы мы обращались к Вам с просьбами о благотворительности, позвоните в Отдел по вопросам конфиденциальности по телефону (718) 692-8757.
- 3. Коммерческие партнеры.** Мы можем разглашать информацию о состоянии Вашего здоровья подрядчикам, агентам и иным коллегам, если им потребуется информация для предоставления лечения или содействия нам при получении платежей или в процессе административно-коммерческой деятельности. Например, мы можем сообщать сведения о состоянии Вашего здоровья компании, которая выставляет счета и содействует нам в получении платежей от Вашей страховой компании. Мы можем сообщать информацию о состоянии Вашего здоровья медицинским стенографистам и работникам копировальных служб, помогающих нам вести Ваши медицинские записи. Если мы сообщаем сведения о состоянии Вашего здоровья коммерческому партнеру, мы заключаем письменный контракт, требующий, что наш коммерческий партнер соблюдает конфиденциальность информации о состоянии Вашего здоровья.

- 4. Список пациентов.** Если Вы не будете возражать, Ваше имя и фамилия, Ваше местонахождение в нашей больнице, общее состояние (удовлетворительное, стабильное, критическое и т.п.) и Ваше вероисповедание будет включено в «список пациентов» на тот период, пока Вы находитесь в нашей больнице в качестве пациента. Эти сведения, за исключением данных о вероисповедании, предоставляются людям, которые спрашивают о Вас, назвав Ваше имя и фамилию. Информация о Вашем вероисповедании может быть передана представителю духовенства, священнику или раввину, даже если он или она не назовет Вашего имени.
- 5. Организации ликвидации последствий стихийных бедствий.** Мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию организациям, оказывающих помощь по ликвидации стихийных бедствий, таких как, Красный Крест, чтобы помочь членам Вашей семьи и друзьям в Вашем поиске или вестить о Вашем общем состоянии в случае стихийного бедствия.
- 6. Семья и друзья, принимающие участие в уходе за Вами.** Если Вы не будете возражать, мы можем сообщить информацию о состоянии Вашего здоровья члену семьи, родственнику или близкому другу, участвующим в уходе за Вами или в оплате такого ухода. Можно считать, что Вы соглашаетесь с раскрытием информации о Вашем здоровье, Вашему супругу (-е), когда Вы берете с собой супруга (-у) в кабинет обследования, при лечении в ММСН или при обсуждении лечения. В некоторых случаях нам может потребоваться сообщить информацию о Вас организации, оказывающей поддержку в чрезвычайных ситуациях, которая поможет нам известить этих лиц.
- 7. Нужды общественности.**

Мы можем использовать информацию о состоянии Вашего здоровья и передавать ее другим лицам, когда этого требует закон или в случае значительной общественной необходимости, которая излагается ниже.

**Требование закона.** Мы можем воспользоваться информацией о состоянии Вашего здоровья или разглашать такие данные, если этого от нас требует закон. Мы также сообщим Вам о случаях такого использования и разглашения, если этого требует закон.

**Общественное здравоохранение.** Мы можем сообщить информацию о состоянии Вашего здоровья официальным лицам, уполномоченным на это организациями здравоохранения (или иностранному правительственному органу, сотрудничающему с такими организациями), с тем чтобы они могли осуществлять свою деятельность в области здравоохранения. Например, мы можем сообщать сведения о состоянии Вашего здоровья должностным лицам в правительстве, ответственным за контроль заболеваемости, травматизма и нетрудоспособности.

**Жертвы жестокого обращения, пренебрежения или домашнего насилия.** Мы можем предоставлять сведения о состоянии Вашего здоровья органам здравоохранения, уполномоченным регистрировать отчеты о жестоком обращении, пренебрежении или домашнем насилии. Например, мы можем сообщать сведения о Вас официальным лицам, если у нас имеются основания считать, что Вы стали жертвой подобного жестокого обращения, пренебрежения или домашнего насилия. Перед тем как сообщить такую информацию, мы приложим все усилия, чтобы получить Ваше согласие, однако в ряде случаев от нас может потребоваться, или мы можем иметь полномочия, действовать без Вашего разрешения.

**Контролирующие медицинские организации.** Мы можем предоставлять сведения о состоянии Вашего здоровья правительственным организациям, уполномоченным проводить проверки, расследования, инспекции и лицензировании наших служб. Эти правительственные организации осуществляют мониторинг работы системы здравоохранения, государственных программ выплаты пособий, например, Медикэр (Medicare) и Медикейд (Medicaid), а также осуществляют надзор за следованием требованиям государственных установок и за соблюдение гражданских прав.

**Мониторинг продукции, годность и возврат.** Мы можем предоставлять сведения о состоянии Вашего здоровья лицу или компании, деятельность которого/которой регулируется Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов, в целях сообщения о проблемах, связанных с продукцией.

**Судебные иски и споры.** Мы можем сообщать информацию о состоянии Вашего здоровья по распоряжению суда или административного трибунала, рассматривающего судебный иск или иной спор.

**Национальная безопасность и разведка, или службы защиты.** Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию уполномоченным федеральным чиновникам, которые проводят национальную безопасность и разведку или предоставляют услуги по защите президента или других важных людей.

**Военнослужащие и ветераны.** Если Вы служите в Вооруженных силах, мы можем сообщить сведения о состоянии Вашего здоровья соответствующим органам военного командования для проведения действий, необходимых, по их мнению, для выполнения их боевой миссии. Мы также можем сообщать информацию о состоянии здоровья иностранных военнослужащих в соответствующее иностранное военное ведомство.

**Заклученные и исправительные заведения.** Если Вы заключенный или задержаны соответствующими должностными лицами, мы можем сообщать информацию о состоянии Вашего здоровья представителям тюрьмы или соответствующим должностным лицам в случае, если Вам необходим медицинский уход или в целях поддержания безопасности, стабильности и порядка в месте Вашего заключения. Такая информация включает сведения, необходимые для обеспечения здоровья и безопасности других заключенных или лиц, участвующих в надзоре за заключенными или в их транспортировке.

**Компенсация работникам.** Мы можем сообщать информацию о состоянии Вашего здоровья для обращения за компенсацией работникам или в рамках аналогичных программ, предоставляющих льготы и выплаты при производственных травмах.

**Коронеры, судебно-медицинские эксперты и похоронные службы.** Мы можем сообщать информацию о Вас коронеру или судебно-медицинскому эксперту. Например, это может потребоваться для установления причины смерти. Мы можем также предоставлять эту информацию похоронным службам, поскольку она необходима им для выполнения соответствующих функций.

**Донорство органов и тканей.** Мы можем сообщать информацию о Вашем здоровье организациям, осуществляющим поиск или хранение органов, глаз или других тканей для того, чтобы эти организации могли, в соответствии с применяемым законодательством, изучить возможность донорства или трансплантации. Просим обратить внимание, что донорство также требует согласия.

**Исследования.** Мы можем использовать и разглашать информацию о состоянии Вашего здоровья без Вашего письменного разрешения, если посредством специального процесса мы получаем подтверждение, что исследование без Вашего письменного разрешения представляет минимальный риск для конфиденциальности. Однако ни при каких условиях мы не позволим исследователям разглашать Ваше имя или иные личные сведения. Мы также можем передавать информацию о Вашем здоровье без Вашего письменного согласия лицам, которые ведут подготовку исследовательского проекта, при условии, что любая идентифицирующая Вас информация останется в пределах нашей больницы. Мы можем сообщать сведения о Вас людям, занимающимся исследованиями, которые требуют информации об умерших людях, если при этом имеется соглашение не распространять никакой идентифицирующей Вас информации за пределы нашей больницы., по следующим причинам.

**Предотвращение серьезной и неизбежной угрозы здоровью или безопасности.** Мы можем воспользоваться информацией о состоянии Вашего здоровья или передавать ее другим лицам, когда необходимо предотвратить серьезную и неизбежную угрозу Вашему здоровью или безопасности либо здоровью или безопасности другого лица или общества. В таких случаях мы передаем такую информацию только тем, кто реально может предупредить угрозу.

Мы также можем передавать информацию о состоянии Вашего здоровья соответствующим должностным лицам, если Вы сообщаете нам, что участвовали в насильственном преступлении, которое могло нанести серьезный физический ущерб другому лицу (если Вы не сообщили этот факт при консультировании), или если мы выясним, что Вы уклоняетесь от законного содержания под стражей (например, в тюрьме или в психиатрической больнице).

**Контроль за соблюдением закона.** Мы можем сообщать информацию о состоянии Вашего здоровья должностным лицам, контролирующим соблюдение закона:

- выполнение распоряжения суда или законов, которые мы должны соблюдать;
- содействие соответствующим должностным лицам в идентификации или установлении местонахождения подозреваемого, беглого преступника, свидетеля или без вести пропавшего;
- если Вы являетесь жертвой преступления, и мы считаем, что (1) мы не можем получить Ваше разрешение из-за неотложной ситуации или Вашей недееспособности; (2) соответствующие должностные лица требуют немедленного представления этой информации для контроля за соблюдением закона; и (3) по нашему профессиональному мнению, разглашение информации этим должностным лицам служит Вашим интересам;
- если мы считаем, что Ваша смерть наступила в результате преступления;
- если необходимо сообщить о преступлении, совершенном на нашей территории; или
- если требуется сообщить о преступлении, обнаруженном при вызове неотложной медицинской помощи в какое-либо место (например, если медики скорой помощи оказываются на месте совершения преступления).

**4. Случайное разглашение информации.** Хотя мы и принимаем все разумные меры по обеспечению конфиденциальности информации о состоянии Вашего здоровья, случайное разглашение сведений о Вашем здоровье может произойти или в процессе лечения или как неизбежный результат допустимого использования нами информации о Вашем здоровье.

#### **КОГДА ТРЕБУЕТСЯ ВАШ АВТОРИЗАЦИЯ**

Использования и раскрытия информации о Вашем здоровье для других целей или для других видов деятельности, не перечисленных выше, будет производиться только с Вашим письменным разрешением. Если Вы предоставите нам разрешение использовать или раскрывать информацию о Вашем здоровье, Вы можете отменить это разрешение в письменной форме, в любое время. Если Вы отмените свое разрешение, мы больше не будем использовать или раскрывать информацию о Вашем здоровье по причинам, указанным в Вашем письменном разрешении. Тем не менее, мы не в состоянии отменить любое раскрытие информации, сделанное ранее на основании Вашего разрешения.

В большинстве случаев для использования и раскрытия психотерапевтических записей, использования и раскрытия информации о состоянии здоровья для целей маркетинга, а также раскрытия информации, которая представляет собой продажу информации о состоянии здоровья, необходимо Ваше письменное разрешение.

**ОСОБЫЕ ГАРАНТИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ЗАПИСЕЙ РАССТРОЙСТВА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (SUD):** Информация о лечении Расстройство связанное с употреблением психоактивных веществ (SUD) имеет дополнительные гарантии конфиденциальности в соответствии с 42 Кодекс федеральных нормативных актов (CFR) Часть 2, которые ограничивают, как Maimonides Health использует или раскрывает вашу информацию о лечении SUD. Если вы не подпишете форму согласия, Maimonides Health может раскрывать информацию о вашем лечении Расстройство связанное с употреблением психоактивных веществ (SUD) только в ограниченных случаях, разрешенных 42 Кодекс федеральных нормативных актов (CFR) Часть 2. Maimonides Health может быть разрешено использовать или раскрывать ваши записи Расстройство связанное с употреблением психоактивных веществ (SUD) без вашего письменного согласия в случае медицинской чрезвычайной ситуации или особых обстоятельств, разрешенных 42 Кодекс федеральных нормативных актов (CFR) Часть 2.

# **ВАШИ ПРАВА НА ДОСТУП К ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ И НА КОНТРОЛЬ ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ**

У Вас есть следующие права в отношении информации о состоянии здоровья, которую мы храним о Вас:

## **1. Право на просмотр и копирование медицинских записей**

Вы имеете право просматривать любые сведения о состоянии Вашего здоровья и получать копию этих данных, которые могут быть использованы для принятия решений в отношении Вас и Вашего лечения, в течение всего времени хранения у нас таких записей. Записи включают медицинские и платежные сведения. Для просмотра или получения информации о состоянии Вашего здоровья, направьте письменный запрос в Службу медицинской информации (Health Information Services Department). Если Вам нужна копия этой информации, мы можем взыскать оплату за копирование, почтовые услуги или иные ресурсы, которые мы используем при выполнении Вашего запроса. Стандартные расценки за копирование одной страницы - \$0.75, и обычно эти услуги оплачиваются заблаговременно или при получении копий.

В некоторых случаях мы можем отклонить Ваш запрос на просмотр или получение копии информации. В такой ситуации мы направим Вам письменное извещение с объяснением причин, по которым мы отклоняем Ваш запрос, представим полное описание Ваших прав на пересмотр такого решения и укажем, как можно воспользоваться такими правами. В извещении также будет содержаться информация о том, как направить жалобу по данному вопросу нам или в Секретариат Министерства здравоохранения и социального обеспечения (Secretary of the Department of Health and Human Services). Если у нас имеются основания отклонить лишь часть Вашего запроса, мы предоставим доступ к остальной части.

## **2. Право на внесение поправок в медицинские записи**

Если Вы считаете, что находящаяся у нас информация о состоянии Вашего здоровья неточна или неполна, Вы можете обратиться к нам с запросом о внесении в нее поправок. Вы имеете право обратиться с просьбой о внесении поправок в течение всего срока хранения информации в наших записях. Письменный запрос о внесении поправок следует адресовать в Службу медицинской информации. В своем запросе Вам следует указать причины, по которым, как Вы считаете, мы должны внести поправки. Как правило, мы ответим на Ваш запрос в течение 60 дней. Если нам потребуется дополнительное время для ответа, мы письменно уведомим Вас об этом в течение 60 дней, объяснив причины задержки и указав, когда Вы можете получить окончательный ответ на Ваш запрос.

Если мы частично отклоним Ваш запрос, мы направим Вам письменное извещение с объяснением причин такого решения. У Вас будет право на внесение предложенных поправок в определенную часть данных в Ваших записях. Например, если Вы не согласитесь с нашим решением, у Вас будет возможность направить заявление с разъяснением причин Вашего несогласия, которое мы включим в Ваши записи. Мы также предоставим информацию о том, как направить жалобу по данному вопросу нам или в Секретариат Министерства здравоохранения и социального обеспечения. Эти процедуры будут более подробно изложены во всех письменных извещениях об отказе, которые мы отправим Вам.

### 3. Право на получение «отчета о разглашении» (Accounting of Disclosures)

Вы имеете право направить запрос на получение «отчета о разглашении» (как определено ниже), в этом отчете указываются конкретные лица или организации, которым мы передали сведения о состоянии Вашего здоровья, действуя в соответствии с применяемым законодательством и защитой, предоставленной настоящим Уведомлением о соблюдении конфиденциальности. «Отчет о разглашении» не содержит описания способов, с помощью которых информация. Если запрос на получение «отчета о разглашении» направлен в ММСН, то наш отчет будет, как правило, ограничиваться разглашениями, совершенными в ММСН, и не будет включать разглашения, совершенные другими учреждениями или лицами, перечисленными в начале настоящего Уведомления, как, например, разглашения, совершенные личными врачами в их офисах.

«Отчет о разглашении» также не включает сведения о следующих случаях разглашения:

- передача информации Вам или Вашему личному представителю;
- сообщение информации, выполненное согласно Вашему письменному разрешению;
- сообщение информации в целях лечения, оплаты или административно-коммерческих операций;
- включение информации в «список пациентов» (patient directory);
- сообщение информации Вашим друзьям и членам семьи, участвующим в уходе за Вами или в оплате такого ухода;
- случайное разглашение информации в допустимых ситуациях и разглашение информации о состоянии Вашего здоровья (например, когда информация услышана проходящим мимо пациентом);
- сообщение ограниченного количества информации о состоянии Вашего здоровья, исключаящей непосредственную идентификацию, в интересах исследований, общественных нужд или нашей деятельности;
- предоставление информации должностным лицам на федеральном уровне в интересах национальной безопасности и разведывательной деятельности;
- передача информации о заключенных в исправительные заведения или соответствующим должностным лицам;

Для направления запроса на получение «отчета о разглашении», письменно обратитесь в Службу медицинской информации. В своем запросе необходимо указать период времени за последние шесть лет, в течение которого Вас интересуют разглашения. Вы имеете право бесплатно получать один отчет каждые 12 месяцев. Однако мы можем взыскать оплату за предоставление любого дополнительного отчета в тот же 12-месячный период. Мы всегда будем ставить Вас в известность о любых сопряженных с этим затратах, чтобы Вы могли принять решение об аннулировании или изменении Вашего запроса прежде, чем по нему будут произведены какие-либо расходы.

Как правило, мы отвечаем на запросы на получение отчета в течение 60 дней. Если нам потребуется дополнительное время для подготовки запрошенного Вами отчета, мы письменно уведомим Вас о причине задержки и укажем, когда Вы можете получить окончательный ответ на Ваш запрос. В редких случаях мы можем быть вынуждены задержать предоставление отчета, не ставя Вас в известность, если об этом нас просит правительственная организация.

### 4. Право на обращение за дополнительным обеспечением конфиденциальности

Вы имеете право обратиться к нам с запросом на ограничение использования и разглашения информации о состоянии Вашего здоровья при проведении терапии, оплаты такого лечения или при осуществлении нами административно-коммерческой деятельности. Вы можете также просить об ограничении разглашения информации о состоянии Вашего здоровья семье или друзьям, участвующим в медицинском уходе за Вами. Например, Вы можете потребовать от нас неразглашения информации о проведенной Вам хирургической операции. Для направления запроса на ограничения, письменно обратитесь к **Службе медицинской информации** (Health Information Services Department). В запросе необходимо указать: (1) какую информацию Вы хотите

(Rev. 2/16/2026) Russian 9

ограничить; (2) хотите ли Вы ограничить использование нами такой информации или ее разглашение другим лицам, или же и то и другое вместе взятое; и (3) по отношению к кому Вы хотите ввести ограничения. Мы направим Вам письменный ответ. За исключением описанного ниже, мы не обязаны удовлетворить Ваш запрос на ограничение, а в ряде случаев ограничение не допускается законом. *Мы должны согласиться с Вашим запросом не делиться информацией о услугах в связи с Вашим лечением, из-за оплаты на основе Вашего плана и не раскрывать процедурами по медицинскому уходу, если Вы платите за услугу полностью из своего кармана..* Получив наше согласие на ограничение, Вы имеете право отменить ограничение в любое время. В некоторых случаях у нас также будет право аннулировать ограничение, предварительно уведомив Вас об этом; в других случаях нам потребуется Ваше разрешение на отмену ограничений.

## **5. Право на запрос о дополнительной конфиденциальности при контактах**

Вы имеете право обратиться к нам с запросом о дополнительной конфиденциальности при контактах с Вами по вопросам, связанным с лечением, указав иные способы общения с Вами или иные места контактов. Например, Вы можете просить о том, чтобы мы обращались к Вам домой, а не на работу. Для запроса о дополнительной конфиденциальности при контактах, письменно обратитесь в Отделение по работе с пациентами. *Мы не спрашиваем о причинах такого запроса и постараемся выполнить все соответствующие обращения.* Просим указать в своем запросе место и способы контактов с Вами, а также то, каким образом будет осуществляться оплата Вашего лечения при указанном альтернативном способе и месте контакта.

## **6. Права на доступ к информации в электронной среде**

Вы имеете право запросить доступ к электронной копии Вашей медицинской информации (которую мы храним в электронном виде). Когда информация не является легко производимой в электронном виде и формате, который Вы запросили, мы предоставим Вам информацию в альтернативном читаемом электронном виде, по нашему взаимному согласию.

Мы советуем Вам в этом уведомлении обратить внимание что передача запрошенных сведений в электронном виде по электронной почте является незащищенной средой для передачи информации, и что есть некоторый риск, если медицинская информация передается по электронной почте. Информация, передаваемая по электронной почте, скорее всего, может быть перехвачена третьими лицами, чем передавая более защищенными каналами передачи. Если по нашему взаимному согласию информацию Вам передаём по электронной почте, Вы принимаете на себя риски, о которых мы уведомили Вас, и Вы соглашаетесь, что мы не несем ответственности за несанкционированный доступ к такой информации о здоровье во время его передачи к Вам на основании Вашего обращения, или когда информация поступает к Вам.

## **7. Нарушение медицинской информации**

Мы сообщим вам о нарушении, как только это практически возможно, но ни в коем случае не более 60 дней после того как мы обнаруживаем нарушения.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Как кто-то может действовать от Вашего имени.** Вы имеете право назначить личного представителя, который может действовать от Вашего имени, контролируя конфиденциальность информации о состоянии Вашего здоровья. Просим учитывать, что назначение кого-либо для действий от Вашего имени при контроле конфиденциальности информации о состоянии Вашего здоровья не дает, тем не менее, этому лицу право принимать решения о лечении от Вашего имени. Родители и опекуны, как правило, имеют право контролировать обеспечение конфиденциальности информации о состоянии несовершеннолетних, за исключением ситуаций, когда несовершеннолетние могут, согласно закону, действовать от своего имени.

**Особая конфиденциальность информации, касающейся ВИЧ, психического здоровья, токсикомании.** Мы обеспечиваем особую конфиденциальность информации, касающейся ВИЧ и психического здоровья. Некоторые разделы этого Уведомления о соблюдении конфиденциальности не распространяются на информацию такого рода. Письменное разъяснение того, как обеспечивается защита таких сведений, изложенных в конце данного Уведомления

**Ответственный по вопросам конфиденциальности.** Наш Ответственный по вопросам конфиденциальности информации – Sandra Maliszewski. Если у Вас возникнут вопросы относительно настоящего Уведомления, обратитесь к нашему уполномоченному по вопросам конфиденциальности по телефону (718) 692-8757.

## **КАК ПОЛУЧИТЬ ЭКЗЕМПЛЯР ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ**

Вы имеете право получить печатный экземпляр данного Уведомления. Вы можете запросить печатный экземпляр в любое время, даже если ранее Вы согласились получить копию в электронном виде. Для этого позвоните в Отдел медицинской информации по телефону (718) 692-5395. Вы также можете получить копию данного Уведомления либо на нашем веб-сайте [www.nych.com](http://www.nych.com), либо запросив экземпляр, который будет предоставлен Вам при следующем посещении. Периодически мы можем менять методы обеспечения конфиденциальности. В этом случае мы пересмотрим настоящее Уведомление, с тем чтобы у Вас были точные сведения о практике нашей работы. Положения отредактированного Уведомления применимы к любой информации о Вас в рамках ММСН и аффилированных с ним партнеров, и согласно закону мы обязаны выполнять эти положения. Вы сможете получить экземпляр отредактированного Уведомления на нашем веб-сайте, либо позвонив в наш Отдел медицинской информации по телефону (718) 692-5395; а также во время следующего посещения. Дата вступления документа в силу всегда будет указана в верхнем правом углу первой страницы.

## **КАК НАПРАВИТЬ ЖАЛОБУ**

Если Вы считаете, что Ваше право на конфиденциальность было нарушено, Вы можете направить жалобу нам или в Секретариат Департамента здравоохранения и социального обеспечения (Secretary of the Department of Health and Human Services). Если Вы адресуете жалобу нам, просим обращаться в Отдел по вопросам конфиденциальности по телефону (718) 692-8757. Никто не будет предпринимать ответных шагов или каких-либо действий против Вас в результате подачи жалобы.

## **Конфиденциальность информации о психическом здоровье**

Конфиденциальность и неразглашение информации о психическом здоровье обеспечиваются в любом отделе или программе этом специально лицензированном медицинском центре на оказание услуг службы охраны психического здоровья согласно положениям федерального законодательства, законов штата и соответствующих предписаний. Некоторые типы информации о психическом здоровье предоставлялись дополнительные меры защиты. В случае противоречия между положениями общего Уведомления о соблюдении конфиденциальности и данным документом в действие вступают меры по защите, изложенные в данном документе, а не меры, описанные в общем Уведомлении о соблюдении конфиденциальности

Как правило, информация о Вашем психическом здоровье может использоваться сотрудниками ММСН (или ее деловыми партнерами) в связи с выполнением ими их обязанностей по предоставлению Вам лечения, получением оплаты за это лечение или для выполнения административно-коммерческой деятельности ММСН. Обычно ММСН не может сообщать лицам вне ММСН никакой конфиденциальной информации о Вашем психическом состоянии, *за исключением следующих ситуаций.*

- ММСН имеет Ваше письменное разрешение;

- информация разглашается лично представителю, уполномоченному принимать решения о лечении от Вашего имени;
- информация разглашается правительственным организациям или частным страховым компаниям для получения оплаты за предоставленные Вам услуги;
- информация разглашается специалистам в области психического здоровья, оказывающим вам помощь и входящим в организованную государственную систему психиатрической помощи.
- при выполнении распоряжения суда;
- информация разглашается соответствующим лицам, способным предотвратить серьезную и неминуемую угрозу Вашему здоровью или безопасности или же здоровью или безопасности другого лица;
- с разрешения федерального законодательства и законов штата о конфиденциальности информация разглашается соответствующим правительственным структурам для поиска пропавшего без вести лица или для проведения уголовного расследования;
- информация разглашается другим лицензированным неотложным службам больницы согласно федеральному законодательству и законам штата о конфиденциальности;
- информация разглашается правовым органам службы психогигиены штата;
- информация разглашается адвокатам, представляющим пациентов при принудительной госпитализации;
- информация разглашается санкционированным государством должностным лицам в целях проведения мониторинга или оценки качества медицинского ухода, предоставляемого ММСН или ее сотрудниками;
- информация разглашается исследователям без вашего специального разрешения, если такие исследования представляют минимальный риск для вашей конфиденциальности.;
- информация разглашается коронерам и судебно-медицинским экспертам для определения причины смерти; и
- если Вы являетесь заключенным, информация разглашается исправительному учреждению, удостоверяющему, что эти сведения необходимы для оказания Вам медицинского ухода или для защиты Вашего здоровья и безопасности или здоровья и безопасности других лиц в исправительном учреждении.

### **Конфиденциальность информации, касающейся ВИЧ (HIV)**

Конфиденциальность и неразглашение информации, касающейся ВИЧ (HIV), обеспечиваются в ММСН согласно положениям федерального законодательства, законов штата и соответствующих предписаний. Эти меры защиты намного превосходят меры защиты, описанные выше.

Конфиденциальной информацией о ВИЧ считается любая информация, указывающая на то, что Вы проходили исследование на ВИЧ, имеете заболевание, вызванное ВИЧ, или СПИД (AIDS) или ВИЧ-инфицированы, а также любая информация, на основании которой можно идентифицировать Вас как лицо, проходившее исследование на ВИЧ или имеющее ВИЧ-инфекцию.

Согласно закону штата Нью-Йорк конфиденциальная информация о ВИЧ-инфекции может быть предоставлена только лицам, имеющим законное право на получение таких сведений, или лицам, которые указаны Вами в письменной форме разрешения, содержащего Вашу подпись.

Как правило, конфиденциальная информация о ВИЧ-инфекции, касающаяся Вас, может использоваться сотрудниками ММСН, которым такие сведения необходимы для непосредственного оказания Вам медицинского ухода или лечения, для обработки данных по платежам и компенсациям или для мониторинга или оценки качества медицинского ухода, предоставляемого в ММСН. Обычно ММСН не может сообщать лицам вне больницы никакой, связанной с ВИЧ-инфекцией, конфиденциальной информации, полученной Maimonides Health в процессе Вашего лечения, *за исключением случаев, когда:*

1. ММСН имеет Ваше письменное разрешение;
2. информация разглашается лицу, имеющему, согласно применяемому законодательству, полномочия принимать от Вашего имени решения о лечении; разглашаемая информация касается лица, принимающего решения о лечении;
3. информация разглашается другому медицинскому учреждению, плательщику за лечение или в целях оплаты;
4. информация разглашается лицу, представляющему интересы ММСН вне ее пределов (external agent), которому данные сведения необходимы для непосредственного предоставления Вам медицинского ухода или лечения, для обработки данных по платежам и компенсациям или для мониторинга или оценки качества медицинского ухода, предоставляемого в ММСН. В таких случаях ММСН, как правило, заключает с этим лицом соглашение, гарантирующее защиту Вашей конфиденциальной информации о ВИЧ-инфекции в соответствии как с федеральным законодательством и законами штата о конфиденциальности, так и с соответствующими предписаниями;
5. информация разглашается согласно требованиям закона или по распоряжению суда;
6. информация разглашается организации, приобретающей органы для трансплантации;
7. Вам оказывают услуги по программе, контролируемой федеральной организацией, организацией штата или местной государственной организацией, и информация разглашается такой государственной организации, или другому сотруднику, или представителю организации, когда имеются необходимые основания для осуществления контроля, мониторинга и администрирования предоставления услуг по программе;
8. согласно федеральному законодательству или законам штата ММСН обязана предоставить информацию официальному представителю здравоохранения, включая требования предоставить результаты определенных анализов и сведения о Ваших контактах, которые нам известны;
9. разглашение необходимо в интересах здравоохранения и/или в связи с конкретными случаями контакта с персоналом ММСН;
10. Вы являетесь заключенным в исправительном учреждении, и разглашение конфиденциальной информации о ВИЧ-инфекции главному врачу такого учреждения является необходимым для выполнения его/ее должностных обязанностей;
11. информация об умерших разглашается распорядителю похорон, взявшему на себя заботу об останках покойного и, в связи с характером работы, имеющему доступ к свидетельству о смерти, в котором содержится конфиденциальная информация, касающаяся ВИЧ-инфекции;
12. информация разглашается соответствующим властям штата или местным властям для сообщения о жестоком обращении с детьми или об отсутствии заботы о них.

Нарушение данных положений о конфиденциальности может явиться основанием для привлечения ММСН к гражданской или уголовной ответственности. О случаях возможного нарушения можно сообщать соответствующим властям согласно федеральному законодательству или законам штата.

#### **КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ ОТНОСИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАШЕЙ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ**

Если Вы испытываете дискриминацию из-за разглашение конфиденциальной информации о ВИЧ, Вы можете обратиться в штате Нью-Йорк Отдела по правам человека в 888.392.3644 или Нью-Йорке комиссии по правам человека при 212.306.7500. Эти учреждения ответственны за защиту ваших прав.