

Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации

Дата вступления в силу: август 2026 г.

Ваша информация

Ваши права

Наши обязанности

Weill Cornell Medicine, NewYork-Presbyterian Hospital и Columbia University являются участниками Договора об организованном медицинском обслуживании (Organized Health Care Arrangement, OHCA). Это позволяет нам передавать вашу медицинскую информацию для лечения, оплаты и совместной деятельности в сфере медицинского обслуживания, связанной с OHCA, включая, помимо прочего, совместное управление отдельными системами, обмен медицинской информацией (Health Information Exchange, HIE), финансовые услуги и выставление счетов, страхование, повышение качества и управление рисками. К организациям, которые соблюдают настоящее уведомление, относятся Weill Cornell Medicine, учреждения NewYork-Presbyterian Hospital, Columbia University и связанные с ними организации, указанные в OHCA.

В настоящем уведомлении описывается порядок использования и раскрытия вашей конфиденциальной медицинской информации, а также то, каким образом вы можете получить доступ к этой информации.

Внимательно прочитайте настоящее уведомление.

На данной странице представлено краткое изложение уведомления. Чтобы получить более подробную информацию, прочитайте уведомление полностью.

Ваши права

Вы имеете право:

- запросить копию своей медицинской документации в бумажном или электронном виде;
- запросить исправление своей медицинской документации в бумажном или электронном виде;
- попросить нас использовать конфиденциальный способ связи;
- попросить нас ограничить объем раскрываемой информации;
- получить список случаев раскрытия вашей информации;
- получить копию настоящего уведомления о порядке использования конфиденциальной информации;
- выбрать представителя в соответствии с определенными требованиями законодательства;
- подать жалобу, если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены.

Ваш выбор

У вас есть возможность выбирать, каким образом используется и раскрывается ваша информация, когда мы:

- сообщаем вашим родным и близким о вашем состоянии;
- включаем ваши сведения в справочник больницы;
- занимаемся сбором средств или используем информацию в маркетинговых целях.

Использование и раскрытие информации

Мы можем использовать и раскрывать информацию о вас в следующих целях:

- лечение;
- организация работы нашего учреждения;
- выставление счетов и получение оплаты за предоставленные вам услуги;
- содействие в решении вопросов, связанных со здравоохранением и безопасностью;
- научные исследования;
- соблюдение законодательства;

- ответы на запросы о донорстве органов и тканей;
- сотрудничество с судебно-медицинскими экспертами или представителями похоронных бюро;
- рассмотрение заявлений на выплату компенсаций работникам, запросов правоохранительных органов и других государственных запросов;
- ответы на судебные иски и юридические требования;
- оказание помощи в случае бедствий.

Ваши права

У вас есть определенные права на конфиденциальность вашей медицинской информации. В этом разделе разъясняются ваши права, а также некоторые наши обязанности.

Получить копию своей медицинской документации в электронном или бумажном виде

- Вы можете попросить нас показать вам вашу медицинскую документацию и некоторую другую медицинскую информацию о вас, которой мы располагаем, или выдать ее копию в электронном или бумажном виде. Мы предоставим вам копию или краткий обзор вашей медицинской информации в течение 30 дней с момента получения запроса (в большинстве случаев). За эту услугу может взиматься разумная плата, компенсирующая издержки. Чтобы получить дополнительную информацию, обратитесь в Отдел управления медицинской информацией (Health Information Management Department) по номеру 646-697-4764.
- Для вашего удобства мы рекомендуем использовать наш [портал для пациентов](#), чтобы ознакомиться со своей медицинской информацией или запросить копию медицинской документации. Спросите нас о том, как это сделать.

Попросить нас исправить вашу медицинскую документацию

- Вы можете попросить нас исправить или изменить информацию о вас в вашей медицинской документации, если считаете ее неверной или неполной. Для этого посетите страницу сайта [NewYork-Presbyterian Accessing Medical Records | Amendments \(Доступ к медицинской документации: внесение изменений\)](#) и заполните форму либо обратитесь за дополнительными сведениями в Отдел управления медицинской информацией по номеру 646-697-4764.
- Мы можем отказать вам в выполнении требования, но обязательно сообщим основания для такого решения в течение 60 дней.

Попросить нас использовать конфиденциальный способ связи

- Вы можете попросить нас связываться с вами определенным способом (например, по домашнему или мобильному телефону) либо отправлять почту на другой адрес. Все обоснованные запросы будут удовлетворены.

Попросить нас ограничить использование или раскрытие информации

- Вы можете попросить нас не использовать и не раскрывать некоторые сведения из вашей медицинской информации в целях лечения, оплаты или осуществления нашей деятельности. Мы не обязаны выполнять ваши требования и можем ответить отказом, если признаем, что их удовлетворение может негативно отразиться на оказываемых вам услугах. Если вы полностью оплачиваете услугу или медицинский товар за свой счет, вы можете обратиться с просьбой не передавать эту информацию в вашу страховую компанию для целей оплаты или в рамках наших взаимоотношений с вашим страховщиком. Мы выполним ваше требование при условии, что закон не обязывает нас раскрывать данную информацию.

Получить список лиц, которым мы передавали вашу информацию

- Вы можете запросить отчет о разглашении данных со списком случаев, когда и кому мы раскрывали вашу медицинскую информацию за шесть лет до даты вашего запроса. Мы не обязаны указывать случаи раскрытия в целях лечения, оплаты и организации медицинской помощи, а также в некоторых других целях (в том числе по вашей просьбе). Мы предоставим один отчет в год бесплатно, но за дополнительно запрошенные в течение 12 месяцев отчеты будет взиматься приемлемая, основанная на стоимости плата.

Получить копию настоящего уведомления о порядке использования конфиденциальной информации

- Вы в любое время можете запросить бумажную копию настоящего уведомления о порядке использования конфиденциальной информации, даже если вы дали согласие на его получение в электронном виде. Мы в кратчайший срок предоставим вам бумажную копию.

Выбрать представителя, действующего от вашего имени

- Если вы выдали кому-либо медицинскую доверенность или если у вас есть законный представитель, это лицо может осуществлять ваши права и принимать решения в отношении вашей медицинской информации.
- Перед тем как совершить какие-либо действия, мы проверим наличие у этого лица полномочий действовать от вашего имени.

Подать жалобу, если вы считаете, что ваши права нарушены

- Если вы считаете, что мы нарушили ваши права, вы можете подать жалобу в отдел по вопросам конфиденциальности (Privacy Office) по адресу privacy@epictogetherny.org или анонимно сообщить о своих опасениях в одно из приведенных ниже учреждений.
 - NewYork Presbyterian: по номеру (888) 308-4435 или через [форму на веб-сайте](#)
 - Columbia University: по номеру (866) 627-3768 или через [форму на веб-сайте](#)
 - Weill Cornell Medicine: по номеру (866) 293-3077 или через [форму на веб-сайте](#)
- Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам при Министерстве здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights), направив ее письмом по адресу 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по номеру 1-877-696-6775 или посетив веб-сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- Мы не будем преследовать вас за то, что вы подали жалобу.

Ваш выбор

В отношении определенных сведений о вашем состоянии здоровья вы можете сообщить нам, что именно мы сможем разглашать. Если у вас есть четкие предпочтения относительно того, как мы передаем вашу информацию в описанных ниже ситуациях, сообщите их нам. Скажите нам, как следует поступать, и мы выполним ваши указания, если это возможно.

В этих случаях вы имеете право по своему выбору указывать, можем ли мы:

- предоставлять информацию членам вашей семьи, близким друзьям и другим лицам, участвующим в уходе за вами;
- включать вашу информацию в справочник больницы.

Если вы не можете сообщить нам о своих предпочтениях, например из-за того, что находитесь без сознания, мы можем раскрывать вашу информацию, если, по нашему мнению, это соответствует вашим интересам. Мы также можем раскрыть вашу информацию, если это необходимо для уменьшения серьезной и непосредственной угрозы здоровью или безопасности.

Ниже перечислены случаи, в которых мы не будем раскрывать вашу информацию без вашего письменного разрешения.

- определенные маркетинговые цели;
- Большинство записей психотерапевта хранится вне вашей электронной медицинской документации.

Маркетинговые мероприятия и сбор средств

- Мы можем обратиться к вам в связи с маркетинговыми мероприятиями и сбором средств, но вы имеете право потребовать, чтобы в дальнейшем мы вас не беспокоили.

Использование и раскрытие информации

Каким образом мы обычно используем или раскрываем вашу медицинскую информацию?

Обычно мы используем или раскрываем вашу медицинскую информацию следующим образом.

Лечение

Мы можем использовать вашу медицинскую информацию для вашего лечения и раскрывать ее другим специалистам, которые вас лечат.

Пример. Ваш лечащий врач консультируется с другим врачом об общем состоянии вашего здоровья.

Организация работы нашего учреждения

Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию в целях организации работы нашего учреждения и повышения качества услуг, а также для связи с вами в случае необходимости.

Пример. Мы используем вашу медицинскую информацию для организации вашего лечения и обслуживания.

Выставление счетов за обслуживание

Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, чтобы выставять счета и получать оплату от планов медицинского страхования и других организаций.

Пример. Мы предоставляем информацию вашему плану медицинского страхования для оплаты вашего обслуживания. Мы также можем использовать вашу медицинскую информацию, чтобы проверить ваше право на оплату медицинских услуг.

Как еще мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию?

Нам разрешено, а иногда и прямо предписано раскрывать вашу медицинскую информацию в иных целях, обычно связанных с общественной пользой и касающихся таких сфер, как здравоохранение и научные исследования. Мы должны соблюдать многие условия, предусмотренные законом, для передачи вашей информации в этих целях. Чтобы получить подробную информацию, посетите веб-сайт

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

Содействие в решении вопросов, связанных со здравоохранением и безопасностью

Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию в определенных случаях, таких как:

- профилактика заболеваний;
- содействие в случае отзыва продукции;
- информирование о нежелательных реакциях на лекарственные препараты;
- информирование о предполагаемых фактах грубого обращения, халатности или домашнего насилия;
- предотвращение или снижение серьезной угрозы чьему-либо здоровью или безопасности.

Научные исследования

Columbia, Weill Cornell, NewYork-Presbyterian (NYP) и связанные с ними организации, входящие в ОНСА, проводят исследования для улучшения здоровья людей. Мы можем использовать вашу медицинскую информацию для планирования исследований или для того, чтобы определить, можете ли вы подойти для участия в исследовании.

Каждое исследование рассматривается и утверждается комитетом, который защищает права и безопасность людей, участвующих в исследованиях.

- Иногда нам разрешено использовать вашу медицинскую информацию, если этот комитет дает такое согласие.
- С вами могут связаться и предложить принять участие в исследовании.
- С вами свяжутся только в том случае, если эти комитеты одобряют исследование.
- Участие в исследовании является добровольным. Вы не обязаны делать этого и можете прекратить участие в любое время.
- Ваше решение не повлияет на медицинскую помощь, которую вы получаете.

Если вы не хотите, чтобы с вами связывались по поводу возможностей участия в исследованиях, вы можете:

- написать по адресу research@epictogetherny.org;
- позвонить по номеру 929-440-8000;
- поговорить со своим поставщиком медицинских услуг;
- обновить свои предпочтения на странице Connect - Login Page (Страница подключения и входа), портале для пациентов Epic MyChart.

Ваш поставщик медицинских услуг по-прежнему может связаться с вами по поводу исследований, связанных с вашим лечением.

Если вы решите не получать от нас такие сообщения, мы примем разумные меры, чтобы не связываться с вами по поводу других видов исследований.

Соблюдение законодательства

Мы будем раскрывать вашу информацию, если этого требуют законы штата или федеральное законодательство, в том числе Министерству здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services), если оно хочет проверить, соблюдаем ли мы федеральный закон о конфиденциальности.

Ответы на запросы о донорстве органов и тканей

Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию организациям по заготовке органов для целей донорства или трансплантации органов, глаз или тканей.

Сотрудничество с судебно-медицинскими экспертами или представителями похоронных бюро

Мы можем раскрывать медицинскую информацию коронеру, судебно-медицинскому эксперту или представителю похоронного бюро в случае смерти соответствующего лица.

Рассмотрение заявлений на выплату компенсаций работникам, запросов правоохранительных органов и других государственных запросов

Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию в следующих случаях:

- в связи с заявлениями на выплату компенсаций работникам;
- для оказания содействия правоохранительным органам и по требованию сотрудников правоохранительных органов;
- органам, которые в соответствии с законодательством осуществляют надзор в сфере здравоохранения;
- для реализации особых государственных функций в сфере обороны, национальной безопасности и охраны президента.

Ответы на судебные иски и юридические требования

Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию на основании судебного или административного распоряжения либо повестки при соблюдении определенных требований.

Дополнительные права и меры защиты конфиденциальности для программ лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ

Следующие дополнительные меры защиты и права предоставляются в отношении записей о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (Substance Use Disorder, SUD), созданных в наших клиниках SUD. Этот раздел дополняет остальные положения настоящего уведомления и описывает:

- (i) как могут использоваться и раскрываться ваши записи SUD;
- (ii) ваши права в отношении записей SUD;
- (iii) как подать жалобу в связи с нарушением конфиденциальности или безопасности ваших записей SUD либо ваших прав в отношении этих записей.

Записи о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD)

- Мы обязаны получить ваше письменное согласие, прежде чем раскрывать ваши записи SUD, за исключением отдельных случаев, в том числе когда мы оказываем вам помощь при неотложном медицинском состоянии или получаем судебные распоряжения.
- Мы не будем использовать или раскрывать ваши записи SUD в каких-либо гражданских, уголовных, административных или законодательных разбирательствах против вас, за исключением следующих случаев: (1) вы дали письменное согласие; или (2) суд обязал нас раскрыть информацию, а вам была предоставлена судом возможность быть выслушанным(-ой) и возразить против раскрытия.
- Мы запросим ваше письменное согласие, прежде чем раскрывать ваши записи SUD в целях лечения, не связанного с неотложной ситуацией, оплаты и деятельности в сфере медицинского обслуживания. Если вы дадите согласие, мы все равно будем соблюдать федеральные законы и законы штата при использовании или раскрытии вашей информации.
- Прежде чем принять решение об использовании ваших записей SUD для сбора средств, мы сообщим вам об этом и предоставим возможность отказаться.
- Мы можем раскрывать ваши записи SUD органам общественного здравоохранения без вашего согласия, если эти записи обезличены в соответствии со стандартами, установленными федеральным законодательством о конфиденциальности, так что они не связаны лично с вами.

Отзыв согласия на использование или раскрытие записей SUD

Вы можете в любое время отозвать свое согласие, подав запрос своему поставщику медицинских услуг. После этого мы больше не будем использовать или раскрывать ваши записи SUD, за исключением случаев, когда мы уже предприняли действия, полагаясь на ранее данное согласие.

Ваши права в отношении записей SUD

Как пациент любой из наших клиник SUD, вы имеете права, перечисленные в настоящем уведомлении, а также отдельное право получить список случаев раскрытия информации за последние три (3) года. Чтобы запросить отчет о раскрытии информации, позвоните в Отдел управления медицинской информацией по номеру 646-697-4764 или заполните следующую [форму](#).

Изменение условий настоящего уведомления

Мы можем изменять положения данного уведомления, и такие изменения будут применены ко всей имеющейся у нас информации о вас. Новое уведомление будет доступно по запросу, в наших учреждениях и местах оказания медицинской помощи, а также онлайн.

Прочие указания

- Помимо федеральных норм конфиденциальности, мы также соблюдаем законы штата Нью-Йорк о конфиденциальности медицинской информации. Мы можем раскрывать вашу генетическую информацию, информацию о ВИЧ-статусе, употреблении психоактивными веществами и некоторых аспектах психического здоровья только после того, как получим соответствующие разрешения. Мы также должны получить ваше согласие на другое использование и раскрытие вашей медицинской информации в тех случаях, когда это требуется по законам штата Нью-Йорк.

Наши обязанности

- Мы обязаны по закону обеспечивать конфиденциальность и безопасность вашей защищенной медицинской информации.
- Мы должны незамедлительно сообщать вам о ситуациях, которые могут поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность вашей информации, включая ваши записи SUD.
- Мы должны выполнять обязанности и соблюдать порядок использования конфиденциальной информации в соответствии с настоящим уведомлением и предоставить вам его экземпляр.

- Мы не будем использовать или раскрывать какую-либо информацию, если не получим от вас соответствующего разрешения в письменном виде. Это разрешение может быть отозвано в любой момент, если вы передумаете. Сообщите нам в письменном виде, если вы передумаете.

Weill Cornell Medicine, NewYork-Presbyterian Hospital, and Columbia University comply with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, religion, gender identity, national origin, age, sexual orientation, source of payment disability, or sex.

Weill Cornell Medicine, NewYork-Presbyterian Hospital, and Columbia University Cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, religión, identidad de género, origen nacional, edad, orientación sexual, discapacidad, fuente de pago ni sexo.

Weill Cornell Medicine, NewYork-Presbyterian Hospital, and Columbia University 遵守适用的联邦民权法律，不因种族、肤色、宗教、性别认同、国籍、年龄、性取向、支付来源、残疾或性别而歧视任何人。

Weill Cornell Medicine, NewYork-Presbyterian Hospital и Columbia University соблюдают применимые федеральные законы о гражданских правах и не допускают дискриминации по признаку расы, цвета кожи, религии, гендерной идентичности, национального происхождения, возраста, сексуальной ориентации, источника оплаты, инвалидности или пола.

Договор об организованном медицинском обслуживании (ОНСА)

В настоящем совместном уведомлении описаны правила соблюдения конфиденциальности следующих организаций, которые могут время от времени изменяться. Посетите [ЭТОТ ВЕБ-САЙТ](#), чтобы получить актуальные сведения.