

[Лого Міністерства охорони здоров'я штату Теннессі]

## МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ШТАТУ ТЕННЕССІ

### ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПРАВИЛА КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ

У ЦЬОМУ ПОВІДОМЛЕННІ ОПИСУЄТЬСЯ, ЯК МОЖЕ БУТИ ВИКОРИСТАНА І РОЗКРИТА ВАША МЕДИЧНА ІНФОРМАЦІЯ, А ТАКОЖ ЯК ВИ МОЖЕТЕ ОТРИМАТИ ДОСТУП ДО ЦІЄЇ ІНФОРМАЦІЇ

БУДЬ-ЛАСКА УВАЖНО ОЗНАЙОМТЕСЯ З ЦИМ

#### НАШ ОBOB'ЯЗОК ОБЕРІГАТИ ВАШУ ЗАХИЩЕНУ МЕДИЧНУ ІНФОРМАЦІЮ (PHI)

Співробітники Міністерства охорони здоров'я зобов'язані відповідно до Федерального закону під назвою Закон про переносимість та підзвітність медичного страхування (HIPAA), оберігати вашу захищену медичну інформацію (PHI). Protected Health Information (PHI) - це індивідуально ідентифікована інформація про ваше минуле, теперішнє або майбутнє здоров'я; надання вам медичної допомоги; і оплати медичного обслуговування. Ми зобов'язані повідомити вас про наші Правила конфіденційності щодо інформації, яку ми збираємо і зберігаємо про вас.

#### НАША ОБЦЯНКА ЩОДО ВАШОЇ ЗАХИЩЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ (PHI)

Ми розуміємо, що ваша медична інформація є особистою, і ми зобов'язуємося захищати цю інформацію. Це Повідомлення про конфіденційність застосовується до всієї вашої медичної інформації, включаючи (1) записи, що стосуються вашого догляду в клініці Міністерства охорони здоров'я, (2) медичні записи, отримані Міністерством охорони здоров'я з іншого джерела, і (3) генетичну інформацію.

За законом ми зобов'язані: (1) зберігати конфіденційність вашого PHI; (2) надати вам це Повідомлення про конфіденційність; і (3) дотримуватися умов поточного Повідомлення про конфіденційність.

#### ЯК МИ МОЖЕМО ВИКОРИСТОВУВАТИ ТА РОЗКРИВАТИ ВАШУ ЗАХИЩЕНУ МЕДИЧНУ ІНФОРМАЦІЮ (PHI) ДЛЯ ЛІКУВАННЯ, ОПЛАТИ ТА УПРАВЛІННЯ

Наступні категорії описують різні способи, якими ми можемо використовувати і розкривати вашу PHI.

- **Для лікування.** Ми можемо використовувати або розкривати вашу PHI лікарям, медсестрам, дієтологам, технічним фахівцям або іншому персоналу Міністерства охорони здоров'я, який бере участь у догляді за вами. Ми можемо розкривати вашу PHI людям за межами Міністерства охорони здоров'я, які можуть бути залучені до вашої медичної допомоги, пов'язаної з такими послугами як рецептами, аналізами та рентгенографією.
- **Для оплати.** Ми можемо використовувати або розкривати вашу PHI для отримання оплати або для оплати медичних послуг, які ви отримувате. Наприклад, нам може знадобитися повідомити вашій медичній страховці про лікування, яке вам необхідно для отримання попереднього схвалення, або визначення, чи буде ваша страховка оплачувати лікування.
- **Для управління в галузі охорони здоров'я.** Ми можемо використовувати або розкривати вашу PHI для функціонування Міністерства охорони здоров'я. Це необхідно для управління програмами та заходами Міністерства. Наприклад, ми можемо використовувати PHI для перевірки наших послуг, програм та/або якості медичної допомоги, яку ми надаємо вам.
- **Для нагадування про прийом до лікаря.** Ми можемо використовувати вашу PHI, щоб зв'язатися з вами для нагадування про те, що у вас призначений прийом для лікування або надання послуг.

#### ЯК МИ МОЖЕМО ВИКОРИСТОВУВАТИ АБО РОЗКРИВАТИ ВАШУ ЗАХИЩЕНУ МЕДИЧНУ ІНФОРМАЦІЮ (PHI) БЕЗ ВАШОГО ДОЗВОЛУ

Закон передбачає, що ми можемо використовувати або розкривати вашу PHI з наших записів (навіть після вашої смерті) без вашого дозволу за таких обставин:

- **Відповідно до вимог закону.** Ми будемо розкривати вашу медичну інформацію, коли це вимагається законом для того щоб розслідувати донесення про жорстоке поводження або нехтування і повідомити про інцидент у відповідний правоохоронний орган.

- **Діяльність з нагляду за охороною здоров'я.** Ми можемо розкривати РНІ агентству з нагляду за охороною здоров'я для здійснення діяльності, дозволеної законом. Ці наглядові заходи можуть включати в себе аудити, розслідування, інспекції та видачу ліцензій. Ці заходи необхідні штату і федеральному уряду для моніторингу системи надання медичної допомоги в Теннесі.
- **Як ризики для громадської охорони здоров'я.** Ми можемо розкривати інформацію про вас з метою громадської охорони здоров'я. Ці дії можуть включати в себе звіти про народження та смертність і відстеження, профілактика або боротьба з певними захворюваннями, травми та інвалідністю.
- **Для дослідження.** За певних обставин і під наглядом інституційної наглядової комісії ми можемо розкривати РНІ для сприяння медичним дослідженням.
- **Для запобігання серйозної загрози здоров'ю або безпеці.** Ми можемо використовувати або розкривати вашу особисту інформацію, якщо це необхідно для запобігання серйозної загрози вам або здоров'ю та безпеці громадськості або іншої особи. Однак будь-яке розкриття інформації буде доступно тільки тому, хто здатний допомогти запобігти загрози.
- **Для виконання конкретних державних функцій.** Ми можемо розкривати РНІ правоохоронним органам, державним пільговим програмам, пов'язаним з правом на участь і зарахуванням, а також в інтересах національної безпеки.

---

## ВАШІ ПРАВА ЩОДО МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ВАС

---

У вас є наступні права щодо медичної інформації, яку ми зберігаємо про вас:

- **Право на перевірку та копіювання.** У більшості випадків ви маєте право переглянути або отримати копії паперових записів та електронних записів про вас. Ви повинні зробити запит у письмовій формі. З вас може стягуватися плата за копіювання записів про вас.
- **Право на внесення поправок.** Якщо ви вважаєте, що в нашому записі про вашу РНІ є помилка або відсутня інформація, ви можете попросити нас виправити або доповнити запис про вас. Ваш запит повинен бути зроблений у письмовій формі, і ви повинні вказати причину, що підтверджує ваш запит. За певних обставин ми можемо відхилити ваш запит. У будь-якій відмові будуть вказані причини відмови і пояснені ваші права на те, щоб додати ваш запит і відмову, а також будь-яку відповідь, яку ви надасте, до вашої РНІ.
- **Право знати, яку медичну інформацію ми розкрили.** Ви маєте право запросити список розкриттів, зроблених щодо вашої РНІ, які відбулися на або після 14 квітня 2003 року для цілей, відмінних від перерахованих у Повідомленні про конфіденційність. Ви повинні запросити цей список у письмовій формі і вказати період часу, який повинен охоплювати список, на період не більше шести (6) років. Перший список, який ви запросите протягом дванадцяти (12) місяців, буде безкоштовним.
- **Право на запит про обмеження.** Ви маєте право попросити нас обмежити використання або розкриття вашої РНІ. Ви повинні зробити запит у письмовій формі і повідомити нам, яку інформацію ви хочете обмежити і на кого поширюються обмеження. Ви маєте право обмежити розкриття інформації планом медичного обслуговування для послуг, за які ви повністю заплатили своїми коштами.
- **Право на конфіденційну комунікацію.** Ви маєте право попросити, щоб ми зв'язалися з вами певним чином або в певному місці. Наприклад, ви можете попросити нас надіслати інформацію на вашу робочу адресу замість вашої домашньої адреси. Ви повинні зробити свій запит у письмовій формі. Вам не доведеться пояснювати причину вашого запиту. Ми задовольнимо всі помірковані запити.
- **Право на дозвіл розкриття інформації.** Інші розкриття вашої РНІ можуть бути зроблені тільки за вашим запитом і ви можете змінити свою авторизацію в будь-який час.
- **Право на отримання повідомлення про інформацію.** Ви маєте право на повідомлення в разі порушення захищеності РНІ.
- **Право на паперову копію цього повідомлення.** Ви маєте право отримати паперову копію цього повідомлення в будь-який час, навіть якщо ви погодилися отримувати це повідомлення в електронному вигляді. Ви можете отримати копію цього повідомлення на нашому веб-сайті, вказаному нижче. Щоб отримати паперову копію цього повідомлення, зв'яжіться зі співробітником з питань конфіденційності ТОН, зазначеним нижче. Ми залишаємо за собою право змінювати наші Правила конфіденційності та це повідомлення в будь-який час. Ми розмістимо копію поточного повідомлення у всіх наших офісах і на веб-сайті департаменту

---

## ЯК ОТРИМАТИ ДОДАТКОВУ ІНФОРМАЦІЮ АБО ПОДАТИ СКАРГУ ЩОДО НАШИХ ПРАВИЛ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ

---

Якщо у вас є які-небудь питання з приводу цього повідомлення, будь ласка, зв'яжіться зі співробітником HIPAA з питань конфіденційності (HIPAA PRIVACY OFFICER), зазначеним нижче. Якщо ви вважаєте, що ми порушили ваші права на конфіденційність, ви можете подати письмову скаргу в будь-яке з агентств, перерахованих нижче. Подача скарги на вас ніяк не вплине.

HIPAA Privacy Officer  
TN Department of Health  
Compliance Office  
5th Floor, Andrew Johnson  
Tower  
710 James Robertson Parkway  
Nashville, TN 37243  
(615) 253-5637  
877-280-0054 Fax: (615) 253-3926  
email: [privacyhealth@tn.gov](mailto:privacyhealth@tn.gov)

Secretary  
U.S. Department of Health & Human  
Services 200 Independence Ave SW  
HHH Building, Room 509H  
Washington, DC 20201  
TTY 886-788-4989  
877-696-6775



---

Department of Health, Authorization No. 343513,  
300 000 copies. This public document was promulgated  
at a cost of \$0.00 per copy January 2016. DHO t 3

---

ED #1000080566