



# УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

## **Ваша информация. Ваши права. Наши обязанности.**

---

В этом уведомлении описывается, как медицинская информация о Вас может быть использована и раскрыта и как Вы можете получить к ней доступ. Пожалуйста, внимательно изучите его.

Если у Вас возникли вопросы по поводу данного уведомления, пожалуйста, свяжитесь с сотрудником DDS по вопросам конфиденциальности по адресу [PrivacyOfficer@dds.ca.gov](mailto:PrivacyOfficer@dds.ca.gov)

## **КТО БУДЕТ ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ ПРАВИЛ, ИЗЛОЖЕННЫХ В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ**

---

В этом уведомлении описываются методы работы нашего отдела и других отделов:

- Все медицинские работники DDS, уполномоченные вносить информацию в Вашу медицинскую карту.
- Все учреждения, находящиеся в ведении DDS.
- Любой член группы волонтеров, которым мы разрешаем помогать Вам, пока Вы находитесь под нашим присмотром.
- Все сотрудники и подрядчики DDS.
- Любые деловые партнеры, включая региональные центры, с которыми мы заключаем договор на оказание услуг от нашего имени. Такие партнеры по бизнесу обязаны по закону защищать Вашу медицинскую информацию и соблюдать те же стандарты конфиденциальности, что и наша организация.

Все эти организации, сайты и учреждения соблюдают условия данного уведомления. Кроме того, эти организации, сайты и учреждения могут передавать Вашу информацию друг другу в целях лечения, оплаты или деятельности для функционирования учреждения по охране здоровья, указанных в данном уведомлении.

## **НАШИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА В ОТНОШЕНИИ ИНФОРМАЦИИ О МЕДИЦИНСКОМ, ПСИХИЧЕСКОМ И ПОВЕДЕНЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ**

---

- Мы понимаем, что информация о Вас и Вашем здоровье является личной.
- Мы обязуемся защищать информацию о Вас.
- Мы ведем учет полученных Вами ухода и услуг. Эти данные нужны нам для того, чтобы обеспечить Вам качественное обслуживание и соответствовать определенным юридическим требованиям. Данное уведомление распространяется на все записи об уходе за Вами, созданные DDS, как его сотрудниками, так и поставщиками. Обратите внимание, что у Вашего внешнего поставщика могут быть другие правила или уведомления, касающиеся использования и раскрытия Вашей информации, созданной в офисе или клинике внешнего поставщика.

Это уведомление расскажет Вам о том, как мы можем использовать и раскрывать информацию о Вас. Мы также указываем Ваши права и определенные обязательства, которые мы имеем относительно использования и раскрытия Вашей информации.

### **МЫ ОБЯЗАНЫ ПО ЗАКОНУ:**

---

- Обеспечить неразглашение информации, идентифицирующей Вас (за некоторыми исключениями);
- Предоставить Вам это уведомление о наших юридических обязанностях и методах обеспечения конфиденциальности в отношении информации о Вас;
- Разместить это уведомление на видном месте, чтобы Вы могли его увидеть, и сделать его доступным в электронном виде через наш веб-сайт;
- Уведомить Вас об информационной брешу, касающейся Вашей медицинской информации;
- Не допускать дискриминации по признаку расы, цвета кожи, религии, национального происхождения, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, возраста или инвалидности; и
- Следовать условиям уведомления, которое действует в настоящее время.

## **КАК МЫ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАСКРЫВАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ, ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ И ПОВЕДЕНЧЕСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ВАС**

---

Следующие категории описывают различные способы, которыми мы используем и раскрываем информацию. Для каждой категории использования или раскрытия информации мы объясним, что мы имеем в виду, и постараемся привести несколько примеров. Не все виды использования или раскрытия информации в той или иной категории будут перечислены. Однако все способы, которыми нам разрешено использовать и раскрывать информацию, будут подпадать под одну из категорий. Использование и раскрытие информации, не описанные в данном уведомлении, будут осуществляться только с Вашего письменного разрешения.

### **1) Раскрытие информации по Вашему запросу**

---

Мы можем раскрыть информацию по Вашему запросу. Для такого раскрытия информации по Вашему запросу может потребоваться Ваше письменное разрешение.

### **2) Для лечения**

---

Мы можем использовать информацию о Вас для предоставления Вам медицинского лечения или услуг. Мы можем раскрыть информацию о Вас врачам, медсестрам, техникам, студентам-медикам или другому персоналу, который принимает участие в уходе за Вами. Например, врачу, лечащему Ваш перелом ноги, может понадобиться узнать, есть ли у Вас диабет, поскольку диабет может замедлить процесс заживления; врачу, лечащему Вас от психического расстройства, может понадобиться знать, какие лекарства Вы принимаете в настоящее время, поскольку они могут повлиять на то, какие другие лекарства могут быть Вам назначены.

### **3) Для оплаты**

---

Мы можем использовать и раскрывать информацию о Вас, чтобы выставить счет за лечение и услуги, которые Вы получаете, и получить оплату от Вас, страховой компании или третьей стороны. Например, нам может понадобиться передать информацию о полученном Вами лечении в Ваш медицинский страховой план, чтобы он оплатил нам или возместил Вам расходы на лечение.

#### **4) Для деятельности учреждения охраны здоровья**

---

Мы можем использовать и раскрывать информацию о Вас для деятельности, необходимой для работы учреждения по охране здоровья. Такое использование и раскрытие информации необходимо для управления нашим учреждением и обеспечения качественного обслуживания всех наших клиентов. Например, мы можем использовать информацию для анализа нашего лечения и услуг, а также для оценки работы нашего персонала по уходу за Вами.

#### **5) Случайное использование и раскрытие информации**

---

Существуют определенные ситуации случайного использования или раскрытия Вашей медицинской информации, которые происходят во время предоставления Вам услуг или ведения нашего бизнеса. Например, другие люди, которые находятся в той же части помещения, могут услышать Ваше имя. Мы приложим обоснованные усилия, чтобы ограничить такое случайное использование и раскрытие информации.

#### **6) Деятельность по сбору средств**

---

Мы можем использовать информацию о Вас в целях сбора средств, но только при наличии действительного подписанного Вами разрешения. Кроме того, Вы не будете получать сообщения о сборе средств или участвовать в них.

#### **7) Члены семьи или другие лица, которых Вы укажете**

---

Если запрос на информацию поступает от Вашего супруга, родителя, ребенка или брата или сестры, а Вы не в состоянии разрешить передачу этой информации, мы обязаны уведомить запрашивающее лицо о Вашем присутствии в нашем учреждении. Если Вы не просите не предоставлять эту информацию, мы обязаны предпринять разумные попытки уведомить Вашего ближайшего родственника или любое другое лицо, указанное Вами, о Вашей выписке, переводе, серьезной болезни, травме или смерти только по запросу члена семьи.

#### **8) Каталог учреждения**

---

Мы можем включить определенную ограниченную информацию о Вас во внутренний каталог, пока Вы являетесь клиентом нашего учреждения. Эта информация может включать Ваше имя, местонахождение в больнице, Ваше общее состояние (например, хорошее, удовлетворительное и т. д.) и Вашу религиозную принадлежность. Если от Вас не поступит конкретного письменного запроса об обратном, эта справочная информация, за исключением Вашей религиозной принадлежности, может быть также предоставлена

людям, которые спросят о Вас по имени. Ваша религиозная принадлежность может быть названа представителю духовенства, например, священнику или раввину, даже если он не спрашивает о Вас по имени. Эта информация публикуется для того, чтобы Ваши родственники, друзья и священнослужители могли навещать Вас и вообще знать о Вашем самочувствии.

### **9) Лицам, участвующим в Вашем лечении или оплате Вашего лечения**

---

Мы можем предоставить информацию о Вас другу или члену семьи, назначенному Вами или Вашим законно уполномоченным представителем для участия в Вашем медицинском обслуживании. Мы также можем передать информацию тому, кто помогает оплачивать Ваше лечение. Кроме того, мы можем раскрыть информацию о Вас организации, оказывающей помощь в ликвидации последствий стихийного бедствия, чтобы Ваша семья могла получить информацию о Вашем состоянии, статусе и местонахождении.

### **10) Исследование**

---

При определенных обстоятельствах мы можем использовать и раскрывать информацию о Вас в исследовательских целях. Например, исследовательский проект может включать в себя сравнение состояния здоровья и выздоровления всех потребителей, получавших одно лекарство, с теми, кто получал другое, для лечения одного и того же заболевания.

### **11) В соответствии с требованиями закона**

---

Мы раскроем информацию о Вас, если этого требуют федеральные, штатные или местные законы.

### **12) Для предотвращения серьезной угрозы здоровью или безопасности**

---

Мы можем использовать и раскрывать информацию о Вас, если это необходимо для предотвращения серьезной угрозы Вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности общества или другого лица.

### **13) Обмен медицинской информацией**

---

Мы можем обмениваться Вашей медицинской информацией в электронном виде с другими группами через сеть обмена медицинской информацией. Эти другие группы могут включать больницы, лаборатории, врачей, департаменты общественного здравоохранения, планы медицинского страхования и других участников. Обмен данными в электронном виде - это более быстрый способ донести информацию о состоянии Вашего здоровья до лечащих

Вас поставщиков услуг. Например, если Вы путешествуете и нуждаетесь в лечении, это позволит другим врачам, участвующим в программе, получить электронный доступ к Вашей информации, чтобы оказать Вам помощь. Мы также принимаем участие в федеральном Законе о доступном медицинском обслуживании и можем использовать и делиться информацией, как это разрешено для достижения национальных целей, связанных с эффективным использованием электронных систем здравоохранения.

#### 14) Особые ситуации

---

i. Донорство органов и тканей

Мы можем передавать информацию организациям, которые занимаются поставкой органов или трансплантацией органов, глаз или тканей, или банку донорства органов.

ii. Военнослужащие и ветераны

Если Вы служите в вооруженных силах или являетесь иностранным военнослужащим, мы можем предоставить информацию о Вас в соответствии с требованиями военного командования.

iii. Компенсация работникам

Мы можем передать информацию о Вас в программу компенсации работникам или аналогичные программы. Эти программы предоставляют пособия в случае производственных травм или заболеваний.

iv. Деятельность в области общественного здравоохранения

Мы можем раскрыть информацию о Вас для проведения мероприятий в области общественного здравоохранения. Эти мероприятия могут включать, но не ограничиваться, следующим:

- Предотвращение или контроль заболеваний, травм или инвалидности;
- Сообщение о рождениях и смертях;
- Сообщение о случаях жестокого обращения с детьми, престарелыми и взрослыми, находящимися на иждивении, или пренебрежительном отношении к ним;
- Сообщение о реакциях на лекарства или проблемах с продукцией;

- Уведомление людей об отзывах продукции, которую они, возможно, используют;
- Уведомление человека, который, возможно, контактировал с больным или может подвергаться риску заражения или распространения болезни или состояния;
- Уведомление соответствующих государственных органов, если мы считаем, что потребитель стал жертвой жестокого обращения, домашнего насилия или отсутствия заботы. Мы раскроем эту информацию только с Вашего согласия или в случае, если это требуется или разрешено законом;
- Уведомление сотрудников службы экстренного реагирования о контакте с ВИЧ/СПИДом в объеме, необходимом для соблюдения законов штата и федеральных законов.

v. Деятельность по надзору в сфере здравоохранения

Мы можем раскрывать информацию агентству по надзору в сфере здравоохранения для осуществления деятельности, разрешенной законом. Эта деятельность по надзору может включать аудиты, расследования, инспекции и лицензирование. Такая деятельность необходима правительству для мониторинга системы здравоохранения, государственных программ и соблюдения законов о гражданских правах.

vi. Судебные иски и споры

Если Вы участвуете в судебном процессе или споре, мы можем раскрыть информацию о Вас в ответ на судебный или административный приказ. Мы также можем раскрыть информацию о Вас в ответ на повестку в суд, запрос о раскрытии информации или иной законный процесс со стороны другого лица, вовлеченного в спор, но только после соблюдения всех требуемых законом процедур, включая усилия, предпринятые для того, чтобы сообщить Вам о запросе (что может включать письменное уведомление Вас) или получить постановление о защите запрашиваемой информации.

Мы можем раскрыть информацию о психическом/поведенческом здоровье судам, адвокатам и судебным служащим в ходе процесса о попечительстве и некоторых других судебных или административных процедур.

vii. Правоохранительные органы

Мы можем предоставить информацию, если нас попросит об этом сотрудник правоохранительных органов:

- В ответ на судебный приказ, повестку, ордер, вызов в суд или аналогичный процесс
- Для установления личности или местонахождения подозреваемого, человека, скрывающегося от правосудия, важного свидетеля, беглецов и некоторых пропавших без вести лиц
- О жертве преступления, если при определенных ограниченных обстоятельствах мы не можем получить согласие этого лица
- Сообщать о жестоком обращении, отсутствии заботы или нападениях, если это требуется или разрешено законом
- Сообщать об определенных угрозах третьим лицам
- В случае, если полиция доставит Вас в наше учреждение и попросит проверить Вашу кровь на алкоголь или наркотики
- О смерти, которая, по нашему мнению, может быть результатом преступных действий
- О преступном поведении в нашем учреждении
- В чрезвычайных обстоятельствах, чтобы сообщить о преступлении; о местонахождении преступления или жертв; или о личности, описании или местонахождении человека, совершившего преступление
- По запросу офицера, который подает ордер в учреждение
- По запросу в момент принудительной госпитализации потребителя
- Если Вы находитесь под стражей в полиции или являетесь заключенным исправительного учреждения, и эта информация необходима для оказания Вам медицинской помощи, для защиты Вашего здоровья и безопасности, здоровья и безопасности других людей или для обеспечения безопасности и защиты исправительного учреждения

- viii. Коронеры, судмедэксперты и директора похоронных бюро  
Мы можем предоставить информацию коронеру или судмедэксперту. Это может понадобиться, например, для идентификации умершего человека или определения причины смерти. При необходимости мы также можем передать информацию о потребителях похоронным бюро.
- ix. Национальная безопасность и разведывательная деятельность  
Мы можем предоставлять информацию о Вас уполномоченным федеральным чиновникам для разведки, контрразведки и других мероприятий по обеспечению национальной безопасности, разрешенных законом.
- x. Услуги по охране Президента и других лиц  
Мы можем раскрывать информацию о Вас уполномоченным федеральным чиновникам, чтобы они могли обеспечить защиту Президента, должностных лиц, выбранных согласно Конституции, и их семей, а также глав иностранных государств или провести специальное расследование.
- xi. Группы защиты  
Мы можем раскрывать информацию о психическом/поведенческом здоровье организации Disability Rights of California для целей проведения определенных расследований в рамках закона.
- xii. Департамент юстиции  
Мы можем раскрывать ограниченную информацию Департаменту юстиции Калифорнии для целей перемещения и идентификации некоторых потребителей, вовлеченных в систему уголовного правосудия, или лиц, которые не имеют права приобретать, владеть или использовать огнестрельное или смертоносное оружие.
- xiii. Многопрофильные команды персонала  
Мы можем раскрывать информацию многопрофильной команде персонала, имеющей отношение к предотвращению, выявлению, ведению или лечению ребенка, подвергшегося насилию, и его родителей, или насилия по отношению к пожилым людям или отсутствие ухода за взрослым, находящимся на иждивении.

## xiv. Специальные категории информации

В некоторых обстоятельствах на Вашу информацию могут распространяться ограничения, которые могут ограничить или исключить некоторые виды использования или раскрытия информации, описанные в данном уведомлении. Например, существуют специальные ограничения на использование или раскрытие определенных категорий информации - напр., записей, сделанных в процессе психотерапии, генетического тестирования, тестов на ВИЧ или лечения психических заболеваний или алкоголизма и наркомании. Государственные программы медицинского страхования, такие, как Medi-Cal, также могут ограничивать раскрытие информации о получателях для целей, не связанных с программой.

## xv. Комитеты по правилам Сената и Ассамблеи

Мы можем раскрыть Вашу информацию Комитету по правилам Сената или Ассамблеи для проведения законодательного расследования.

## xvi. Департамент здравоохранения и социального обеспечения Соединенных Штатов Америки

Мы можем раскрыть Вашу информацию Секретарю Департамента здравоохранения и социальных служб в целях расследования или определения соответствия Правилу конфиденциальности HIPAA.

## xvii. Психотерапевтические заметки

Записи о психотерапии - записи, сделанные (на любом носителе) поставщиком медицинских услуг, являющимся специалистом в области психического здоровья, в которых документируется или анализируется содержание беседы во время частной или групповой, совместной или семейной консультации, и которые отделены от остальной части медицинской карты человека.

Мы можем использовать или раскрывать Ваши записи психотерапии только с Вашего разрешения, за исключением случаев, предусмотренных законом, или при следующих обстоятельствах:

- Для использования создателем этих записей
- В контролируемых программах обучения психическому здоровью для студентов, стажеров или практикующих специалистов

- DDS для защиты от судебного иска или другого разбирательства, возбужденного физическим лицом
- Для предотвращения или уменьшения серьезной и непосредственной угрозы здоровью или безопасности человека или общества
- Для контроля за состоянием здоровья автора психотерапевтических записей
- Для использования или раскрытия коронеру или судмедэксперту с целью сообщения о смерти потребителя
- Для использования или раскрытия Секретарю Департамента здравоохранения и социальных служб с целью расследования или определения соответствия DDS Правилам конфиденциальности HIPAA.

## **ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ИНФОРМАЦИИ О ВАШЕМ МЕДИЦИНСКОМ, ПСИХИЧЕСКОМ/ ПОВЕДЕНЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ**

---

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

### **1) Право на просмотр и копирование**

---

Мы можем раскрыть информацию, предоставив копии или доступ для проверки по Вашему запросу. Для такого раскрытия информации третьей стороне по Вашему запросу может потребоваться Ваше письменное разрешение.

### **2) Право на внесение изменений**

---

Если Вы считаете, что имеющаяся у нас информация о Вас неверна или неполна, Вы можете попросить нас внести в нее изменения. Вы имеете право запрашивать внесение изменений в течение всего времени, пока информация хранится у нас. Чтобы подать запрос о внесении изменений, он должен быть сделан в письменной форме и подан в учреждение, где хранятся записи. Кроме того, Вы можете указать причину, подтверждающую Ваш запрос.

Мы можем отклонить Ваш запрос на внесение изменений, если он подан не в письменной форме или не содержит обоснования причины запроса. Кроме того, мы можем отклонить Ваш запрос, если Вы попросите нас изменить информацию, которая:

- Была создана не нами, если только физическое или юридическое лицо, создавшее информацию, больше не доступно для внесения изменений;

- Не является частью информации, хранящейся у нас или для нас;
- Не является частью информации, которую Вам разрешено проверять и копировать; или
- Является точной и полной.

Даже если мы отклоним Ваш запрос на внесение изменений, Вы имеете право подать письменное дополнение, не превышающее 250 слов, в отношении любого пункта или утверждения в Вашей записи, которое Вы считаете неполным или неверным. Если Вы четко укажете в письменном виде, что хотите, чтобы дополнение стало частью Вашей медицинской карты, мы приложим его к Вашим записям и будем включать его в них каждый раз при раскрытии информации об элементе или заявлении, которые Вы считаете неполными или неверными.

### **3) Право на учет раскрытия информации**

---

Вы имеете право запросить "отчет о раскрытии информации". Это - список раскрытых нами сведений о Вас, кроме тех, которые мы использовали для лечения, оплаты и деятельности по предоставлению медицинских услуг (как эти функции описаны выше), а также в соответствии с другими исключениями, предусмотренными законом.

Чтобы запросить такой список или отчет о раскрытии информации, Вы должны направить запрос в письменном виде в учреждение или учреждения, в которых Вы находились. В запросе должен быть указан период, который не может превышать шести лет и не может включать даты до 14 апреля 2003 года. В запросе следует указать, в каком виде Вы хотите получить список (например, на бумаге или в электронном виде). Первый список, который Вы запросите в течение 12 месяцев, будет бесплатным. За дополнительные списки мы можем взыскать с Вас расходы на их предоставление. Мы уведомим Вас о соответствующих расходах, и Вы сможете отозвать или изменить свой запрос в это время, до того, как понесете какие-либо расходы. Кроме того, мы уведомим Вас, как того требует закон, после бреша Вашей незащищенной медицинской информации.

### **4) Право запрашивать ограничения**

---

Вы имеете право запросить ограничение или лимитирование информации, которую мы используем или раскрываем о Вас для лечения, оплаты или действий по предоставлению медицинских услуг. Вы также имеете право запросить ограничение на раскрытие информации о Вас лицам, принимающим участие в Вашем лечении или оплате Вашего лечения, например, члену семьи или другу/подруге. Например, Вы можете попросить нас не использовать или не раскрывать информацию о перенесенной Вами операции.

Мы не обязаны соглашаться с Вашим запросом, за исключением случаев, когда Вы просите ограничить раскрытие информации медицинскому плану или страховщику с целью оплаты или действий по предоставлению медицинских услуг, если Вы или кто-то другой от Вашего имени (кроме медицинского плана или страховщика) полностью оплатили товар или услугу из собственных средств за процедуру, счет за которую обычно выставляется медицинскому плану. Даже если Вы запросите это специальное ограничение, мы можем раскрыть информацию медицинскому плану или страховщику в целях Вашего лечения.

Если мы согласимся с другим специальным ограничением, мы выполним Ваш запрос, за исключением случаев, когда информация необходима для оказания Вам неотложной помощи.

Чтобы запросить ограничения, Вы должны направить свой запрос в письменном виде в учреждение, где была предоставлена услуга или услуги. В своем запросе Вы должны сообщить нам: 1) какую информацию Вы хотите ограничить; 2) хотите ли Вы ограничить использование, раскрытие или и то, и другое; и 3) к кому Вы хотите применить ограничения, например, раскрыть информацию Вашему супругу.

#### **5) Право запросить Вами конфиденциальность общения от DDS**

---

Вы имеете право запросить, чтобы мы общались с Вами по вопросам здоровья определенным образом или в определенном месте. Например, Вы можете попросить, чтобы мы связывались с Вами только по месту жительства или по почте.

Чтобы запросить конфиденциальность общения, Вы должны направить запрос в письменном виде в учреждение, где была оказана или должна быть оказана услуга или услуги. Мы не будем спрашивать Вас о причине Вашего запроса. Мы удовлетворим все разумные запросы. В Вашем запросе должно быть указано, как или где Вы хотите, чтобы с Вами связывались.

#### **6) Право на получение бумажной копии данного уведомления**

---

Вы имеете право получить бумажную копию этого уведомления. Вы можете в любое время попросить нас предоставить Вам копию этого уведомления. Даже если Вы согласились получить это уведомление в электронном виде, Вы все равно имеете право на бумажную копию.

Вы можете получить копию этого уведомления на нашем веб-сайте: [www.dds.ca.gov](http://www.dds.ca.gov) или попросить учреждение, в котором Вы получаете услуги, выдать Вам бумажную копию.

Обратите внимание, что мы можем потребовать, чтобы любой запрос, поданный Вами в соответствии с этим разделом, содержал заявление о том, что раскрытие всей или части информации, к которой относится запрос, может поставить Вас под угрозу.

### **7) Изменения в настоящем уведомлении**

---

Мы оставляем за собой право вносить изменения в данное уведомление. Мы оставляем за собой право сделать пересмотренное или измененное уведомление действительным для уже имеющейся у нас информации о Вас, а также для любой информации, которую мы получим в будущем. Мы разместим копию действующего уведомления в учреждении. На первой странице уведомления будет указана дата его вступления в силу.

### **8) Жалобы**

---

Если Вы считаете, что Ваши права на конфиденциальность были нарушены, Вы можете подать жалобу нам или Секретарю Департамента здравоохранения и социального обеспечения США. Для того, чтобы подать жалобу у нас, свяжитесь с главным специалистом по вопросам конфиденциальности по адресу [privacyofficer@dds.ca.gov](mailto:privacyofficer@dds.ca.gov) или (916) 654-3405. Все жалобы должны быть поданы в письменном виде. Вас не будут наказывать или преследовать за подачу жалобы.

### **ДРУГИЕ ВИДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И ИНФОРМАЦИИ О ПСИХИЧЕСКОМ/ПОВЕДЕНЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ**

---

Другие виды использования и раскрытия информации, не предусмотренные настоящим уведомлением и законами, которые применяются к нам, будут осуществляться только с Вашего письменного разрешения. Если Вы предоставили нам разрешение на использование или раскрытие информации о Вас, Вы можете в любое время отозвать это разрешение в письменном виде. Если Вы отзовете свое разрешение, это остановит любое дальнейшее использование или раскрытие Вашей информации в целях, предусмотренных Вашим письменным разрешением, за исключением случаев, когда мы уже действовали, полагаясь на Ваше разрешение. Вы понимаете, что мы не можем взять назад любые раскрытия данных, которые мы уже сделали с Вашего разрешения, и что мы обязаны хранить наши записи о лечении, предоставленном Вам.



## ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЯ

ИМЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ: \_\_\_\_\_

Подписывая эту форму, Вы соглашаетесь с тем, что получили копию *Уведомления о практике конфиденциальности* Department of Developmental Services (DDS). В нашем *Уведомлении о правилах конфиденциальности* говорится о том, как мы можем использовать и раскрывать Вашу защищенную медицинскую информацию. Мы просим Вас прочитать его полностью.

Я, \_\_\_\_\_, получил(а) копию *Уведомления о практике*  
Имя (печатными буквами)

*конфиденциальности* DDS.

Дата: \_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_ a.m./p.m. Подпись: \_\_\_\_\_  
Потребитель или законный представитель

Если подпись поставлена не потребителем, укажите, кем он(а) Вам приходится:

\_\_\_\_\_

**Office Use Only (Только для служебного использования):**



## INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGMENT

**Good Faith Effort (check all that apply):**

- I provided copy of notice to consumer or legal representative
- I presented the Acknowledgement to consumer or legal representative for signature
- Other (Explain): \_\_\_\_\_

**Reason(s) why the Acknowledgment was not obtained (check all that apply):**

- The consumer or legal representative refused to sign
- Other (Explain): \_\_\_\_\_

DDS Staff Signature: \_\_\_\_\_

DDS Staff Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ a.m./p.m.