**ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО**

**ПОЛІТИКА КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ**

У цьому повідомленні описано, як медична інформація про вас може бути використана та розголошена, а також як ви можете отримати доступ до цієї інформації. Будь ласка, уважно перегляньте його. Якщо у вас виникнуть запитання, зверніться до нашого спеціаліста з питань конфіденційності за адресою або номером телефону, вказаним у нижній частині цього повідомлення.

**Місця діагностики інцитів**

* Головна лабораторія: 13103 E Менсфілд, Спокан-Веллі, штат Вашингтон 99216
* Клінічна лабораторія: 15912 E Marietta Ave, Suite B, Spokane Valley, WA 99216
* Лабораторія Міссула: 500 Вт Бродвей Стріт, Міссула, MT 59802
* Лабораторія Річленд: 221 Веллсіан Вей, Річленд, Вашингтон 99352
* Лабораторія Туквіла: 2811 Південна 102-а вулиця, Люкс 170, Туквіла, Вашингтон 98168
* Для всіх інших локацій, будь ласка, довідка: <https://www.incytediagnostics.com/about/notice-of-privacy-practices/>

*Патологоанатоми та співробітники, які працюють у лікарні, дотримуватимуться практики конфіденційності цього закладу*

**Ваші права**

Коли йдеться про інформацію про ваше здоров'я, ви маєте певні права. У цьому розділі пояснюються ваші права та деякі з наших обов'язків щодо надання вам допомоги.

• Отримайте електронну або паперову копію медичної картки

* Ви можете попросити показати або отримати електронну або паперову копію вашої медичної картки та іншої медичної інформації, яку ми маємо про вас. Запитайте нас, як це зробити.
* Ми надамо копію або стислий виклад вашої інформації про стан здоров'я, як правило, протягом 15 робочих днів після вашого запиту. Ми можемо стягувати обґрунтовану плату на основі витрат. RCW 70.02.80, WAC 246-08-400

• Попросіть нас виправити Вашу медичну картку

* Ви можете попросити нас виправити інформацію про ваше здоров'я, яку ви вважаєте неправильною або неповною. Запитайте нас, як це зробити.
* Ми можемо сказати «ні» на ваш запит, але ми постараємося пояснити вам причину в письмовій формі протягом 60 робочих днів.

• Запит на конфіденційне спілкування

* Ви можете попросити нас зв'язатися з вами певним способом (наприклад, домашнім або робочим телефоном) або відправити пошту на іншу адресу.
* Ви повинні попросити свого лікуючого лікаря передати нам ці запити в той час, коли зразок відправляється в лабораторію для обробки. На всі обґрунтовані прохання ми скажемо «так».

• Попросити нас обмежити те, що ми використовуємо або ділимося

* Ви можете попросити нас не використовувати та не ділитися певною медичною інформацією для лікування, оплати або нашої діяльності.
  + Примітка: Ми не зобов'язані погоджуватися на ваш запит, і ми можемо сказати «ні», якщо це вплине на ваш догляд.
* Якщо ви повністю оплачуєте послугу зі своєї кишені, ви можете попросити нас не передавати цю інформацію з метою оплати або наших операцій з вашою страховою компанією.
  + Примітка: Щоб переконатися, що ми знаємо про ваше бажання оплатити в повному обсязі, попросіть свого постачальника послуг повідомити нас під час подання зразка. Ми скажемо «так», якщо нас повідомлять про це перед подачею претензій, якщо закон не вимагає від нас надання цієї інформації.

• Отримати список тих, з ким ми поділилися інформацією

* Ви можете попросити надати список (бухгалтерський облік) випадків, коли ми надавали вашу медичну інформацію протягом шести років до дати, з якою ви запитали, з ким ми поділилися нею та чому.
* Ми включатимемо всі розкриття інформації, за винятком тих, що стосуються лікування, платежів і операцій з охорони здоров'я, а також деякі інші розкриття (наприклад, ті, які ви попросили нас зробити). Ми надаватимемо один бухгалтерський звіт на рік безкоштовно, але стягуватимемо розумну плату на основі витрат, якщо ви попросите ще один звіт протягом 12 місяців.

• Отримайте копію цього повідомлення про конфіденційність

* Ви можете в будь-який час попросити паперову копію цього повідомлення. Ми оперативно надамо вам паперову копію.

• Виберіть когось, хто буде діяти за вас

* Якщо ви надали комусь медичну довіреність або якщо хтось є вашим законним опікуном, ця особа може здійснювати ваші права та робити вибір щодо інформації про ваше здоров'я. Ми переконаємося, що особа має повноваження і може діяти від вашого імені, перш ніж вживати будь-які дії.

• Подавайте скаргу, якщо вважаєте, що ваші права порушуються

* Ви можете поскаржитися, якщо вважаєте, що ми порушили ваші права, зв'язавшись з нами, використовуючи інформацію в нижній частині цього повідомлення.
* Ви можете подати скаргу до Управління з громадянських прав Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США, надіславши листа на адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, зателефонувавши за номером 1-877-696-6775 або відвідавши [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

**Ваш вибір**

Щоб отримати певну інформацію про здоров'я, ви можете повідомити нам про свій вибір щодо того, що ми ділимося. Якщо у вас є чіткі налаштування щодо того, як ми ділимося вашою інформацією в описаних нижче ситуаціях, зверніться до нас. Розкажіть нам, що ви хочете, щоб ми зробили, і ми будемо слідувати вашим інструкціям.

* Ми не будемо мститися вам за подання скарги.

• У наступному випадку у вас є як право, так і вибір повідомити нам:

* Поділіться інформацією зі своєю родиною, близькими друзями або іншими особами, які беруть участь у вашому догляді або в ситуації надання допомоги при стихійному лиху.
  + *Якщо ви не можете повідомити про свої уподобання, наприклад, якщо ви непритомні, ми можемо поділитися вашою інформацією, якщо вважатимемо, що це відповідає вашим інтересам. Ми також можемо ділитися вашою інформацією, коли це необхідно, щоб зменшити серйозну та неминучу загрозу здоров'ю та безпеці.*

• Ми ніколи не будемо ділитися вашою інформацією, якщо ви не надасте нам письмовий дозвіл на її використання в маркетингових цілях або продажу вашої інформації.

Дата набуття чинності: 1 січня 2025 р.

**Наше використання та розкриття інформації**

Як ми зазвичай використовуємо або ділимося інформацією про ваше здоров'я? Зазвичай ми використовуємо або передаємо вашу медичну інформацію наведеними нижче способами.

• Для надання діагностичної інформації вашому лікуючому лікарю

* Ми можемо використовувати інформацію про ваше здоров'я та ділитися нею з іншими фахівцями, які лікують вас або надають додаткову діагностичну інформацію, пов'язану з вашим лікуванням. Приклад: Лікар, який вас лікує, запитує одного з наших патологоанатомів про результати діагностичного тестування, яке було проведено в нашій лабораторії.

• Керуйте нашою організацією

* Ми можемо використовувати та передавати інформацію про ваше здоров'я для проведення нашої практики, покращення вашого догляду та зв'язку з вами в разі потреби.
  + Приклад: ми використовуємо інформацію про ваш стан здоров'я, щоб керувати наданими вам діагностичними тестами.

• Рахунок за наші послуги

* Ми можемо використовувати та передавати вашу медичну інформацію для виставлення рахунків та отримання платежів від планів медичного страхування або інших організацій.
  + Приклад: Ми надаємо інформацію про вас у ваш план медичного страхування, щоб він оплатив наші послуги.

**Як ще ми можемо використовувати або ділитися вашою інформацією про здоров'я?**

Нам дозволено або вимагається ділитися вашою інформацією іншими способами – зазвичай це сприяє суспільному благу, наприклад, у сфері охорони здоров'я та наукових досліджень. Ми повинні виконати багато умов закону, перш ніж ми зможемо ділитися інформацією для цих цілей.

Для отримання додаткової інформації див.: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

• Допомога з питань охорони здоров'я та безпеки населення

* Ми можемо ділитися інформацією про ваше здоров'я в певних ситуаціях, таких як:
  + Запобігання захворюванням, допомога у відкликанні продукції та запобігання або зменшення серйозної загрози здоров'ю та безпеці будь-якої особи

• Проведіть дослідження

* Ми можемо використовувати або передавати вашу інформацію для досліджень здоров'я (за вашою інформованою згодою).

• Дотримуйтесь законодавства

* Ми надамо інформацію про вас, якщо цього вимагають закони штату або федеральні закони, зокрема Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб, якщо вони захочуть, що ми дотримуємося федеральних законів про конфіденційність.

• Відповідати на запити про донорство органів і тканин

* Ми можемо ділитися медичною інформацією про вас з організаціями, що займаються закупівлею органів.

• Робота з судмедекспертом або розпорядником похоронного бюро

* Ми можемо ділитися інформацією про стан здоров'я з коронером, медичним експертом або керівником похоронного бюро в разі смерті людини.

• Вирішення питань компенсацій працівникам, правоохоронних органів та інших запитів уряду

* Ми можемо використовувати або передавати інформацію про ваше здоров'я:
  + Для вимог про компенсацію працівникам
  + Для правоохоронних цілей або з представником правоохоронних органів
  + Органам нагляду за охороною здоров'я за діяльністю, дозволеною законом
  + Для спеціальних державних функцій, таких як військові, національна безпека та президентські служби охорони

• Реагування на судові позови та судові позови

* Ми можемо ділитися інформацією про ваше здоров'я у відповідь на судовий чи адміністративний наказ або у відповідь на повістку до суду.

Примітка: Інформація про охорону репродуктивного здоров'я - Нам не дозволяється використовувати або розголошувати вашу захищену інформацію про здоров'я для проведення кримінального, цивільного або адміністративного розслідування, накладення відповідальності або ідентифікації будь-якої особи за акт пошуку, отримання, надання або сприяння охороні репродуктивного здоров'я, який був законним за обставин, за яких він був наданий. Наприклад, якщо мешканець іншого штату отримував допомогу з питань репродуктивного здоров'я у Вашингтоні, і така допомога була законною у Вашингтоні, але не в штаті проживання особи, ми не могли надати захищену інформацію про здоров'я особи юридичній або фізичній особі, яка прагне дослідити надану репродуктивну допомогу, або постачальнику чи отримувачу цієї допомоги.

• Особливі зауваження

* Ми не створюємо та не керуємо довідником лікарень/пацієнтів.
* Ми не створюємо і не ведемо записи про психотерапію в жодному з наших офісів.

**Наші обов'язки**

• Закон зобов'язує нас зберігати конфіденційність і безпеку захищеної інформації про здоров'я.

• Ми негайно повідомимо вас, якщо станеться порушення, яке могло скомпрометувати конфіденційність або безпеку вашої інформації.

• Ми повинні дотримуватися обов'язків і політики конфіденційності, описаних у цьому повідомленні, і надати вам його копію, якщо це буде потрібно.

• Ми не будемо використовувати або передавати вашу інформацію інакше, ніж описано тут, якщо ви не повідомите нас про це в письмовій формі. Якщо ви повідомите нам, що ми можемо, ви можете змінити свою думку в будь-який час. Повідомте нам про це в письмовій формі, якщо ви передумаєте.

* Для отримання додаткової інформації див.: www.hhs.gov/ocr/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html
* Зміни до умов цього Повідомлення
  + Ми можемо змінити умови цього повідомлення, і зміни застосовуватимуться до всієї інформації, яку ми маємо про вас. Нове повідомлення буде доступне за запитом, у нашому офісі та на нашому сайті.
* Контактна особа: Тіріс Джей М'єлде, співробітник з питань конфіденційності / 13103 E Mansfield, Spokane Valley, WA 99216 / тел: (509)892-2700 / Електронна пошта: HIPAA@incdx.com

Дата набуття чинності: 1 січня 2025 р.