

У цьому повідомленні описано, як може використовуватися та розкриватися ваша медична інформація, а також як ви можете отримати доступ до цієї інформації. Будь ласка, уважно перегляньте цей документ. Якщо у вас виникнуть запитання, зв'яжіться з нашим співробітником з питань конфіденційності за адресою або телефоном, вказаними внизу цього повідомлення.

Incyte Diagnostics Locations

- 13103 E Mansfield, Spokane Valley, WA
- 221 Wellsian Way, Richland, WA
- 12501 E Marginal Way S, Suite 130, Tukwila, WA
- 9631 N Nevada St, Suite 210, Spokane, WA
- 315 W Dalton Ave, Coeur d'Alene, ID
- 12615 E Mission Ave, Suite 108, Spokane Valley, WA
- 1307 S Grand Blvd, Spokane, WA
- 750 N Syringa, Suite 101, Post Falls, ID
- 55 W Tietan St, Walla Walla, WA
- 105 W 8th, Suite 6020, Spokane, WA
- 15912 E Marietta Ave, Suite B, Spokane Valley, WA
- 318 E Rowan Ave, Suite 205, Spokane, WA
- 105 W Prairie Shopping Center, Hayden, ID
- 22180 Olympic College Way NW, Suite 101, Poulso, WA
- 905 E D St, Deer Park, WA

Патологоанатоми та працівники, які працюють у лікарні, дотримуватимуться правил конфіденційності, прийнятих у цій установі.

Ваші права

Коли йдеться про вашу медичну інформацію, ви маєте конкретні права. У цьому розділі пояснюються ваші права та деякі з наших обов'язків стосовно допомоги для вас.

• Отримати електронний або паперовий екземпляр медичної картки

Ви можете вислати запит на перегляд або надання електронного або паперового екземпляру вашої медичної картки та іншої медичної інформації, яку ми про вас зберігаємо. Запитайте нас, як це зробити.

Ми надамо копію або короткий виклад вашої медичної інформації, як правило, протягом 15 робочих днів після вашого запиту. Ми можемо стягувати розумну плату, що базується на витратах. RCW 70.02.80, WAC 246-08-400

• Надати запит на виправлення вашої медичної карти

Ви можете попросити нас виправити вашу медичну інформацію, яка, на вашу думку, є неправильною або неповною. Запитайте нас, як це зробити.

Ми можемо відмовити вам у задоволенні вашого запиту, але постараємося повідомити вам про це в письмовій формі протягом 60 робочих днів.

• Надати запит на конфіденційне спілкування

Ви можете попросити нас зв'язуватися з вами певним чином (наприклад, телефонувати на домашній або робочий телефон) або надсилати пошту на іншу адресу.

Ви маєте попросити свого первинного лікаря передати нам ці запити під час відправки зразка в лабораторію на аналіз. Ми погодимось на всі обґрунтовані запити.

• Запит на обмеження інформації, яку ми використовуємо або поширюємо

Ви можете попросити нас не використовувати або не передавати певну медичну інформацію з метою лікування, оплати або нашої діяльності.

Примітка: ми не зобов'язані погоджуватися на ваш запит і можемо відмовити в його задоволенні, якщо це вплине на ваше лікування.

Якщо ви оплачуєте послугу повністю зі своєї кишені, ви можете попросити нас не надавати цю інформацію вашій страховій компанії з метою оплати або для нашої діяльності.

Примітка: щоб переконатися в тому, що ми повідомили про ваше бажання заплатити в повному обсязі, попросіть свого первинного лікаря повідомити нас про це під час направлення зразка. Ми погодимось, якщо нас про це повідомлять до подання запиту, якщо тільки закон не вимагає від нас ділитися такою інформацією.

• Отримати список тих, кому ми передали інформацію

Ви можете запросити список (звіт) випадків, коли ми передавали вашу медичну інформацію за період шести років до дати вашого запиту, з зазначенням того, кому ми її передавали і чому.

Ми включимо всі розкриття, окрім тих, що стосуються лікування, оплати та медичних операцій, а також деякі інші розкриття (наприклад, ті, які ви попросили нас зробити). Ми надаємо один звіт на рік безкоштовно, але стягуємо розумну плату, що базується на витратах, якщо ви попросите про повторну звітність протягом 12 місяців.

- **Запросити копію цього повідомлення про конфіденційність**

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

- **Обрати особу, яка діятиме від вашого імені**

Якщо ви надали комусь медичну довіреність або якщо хтось є вашим законним опікуном, ця особа може користуватися вашими правами і приймати рішення щодо вашої медичної інформації. Перед тим, як вжити будь-яких заходів, ми переконуємося, що ця особа має повноваження і може діяти від вашого імені.

- **Подати скаргу, якщо ви вважаєте, що ваші права порушені**

Якщо ви вважаєте, що ми порушили ваші права, ви можете поскаржитися, зв'язавшись з нами, використовуючи інформацію внизу цього повідомлення.

Ви можете подати скаргу до Управління з питань 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 веб-сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

Ми не вчинятимемо жодних заходів у відповідь по відношенню до вас за подання скарги.

Варіанти вибору

Щодо певної медичної інформації ви можете повідомити нам про свої побажання щодо того, якою інформацією ми будемо ділитися. Якщо у вас є чіткі побажання щодо того, як ми передаємо вашу інформацію в описаних нижче ситуаціях, зв'яжіться з нами. Скажіть нам, що ви хочете, щоб ми зробили, і ми виконаємо ваші вказівки.

- **У нижчеописаному випадку ви маєте право і вибір сказати нам про це:**

- Поділіться інформацією зі своєю сім'єю, близькими друзями або іншими особами, які беруть участь у наданні вам допомоги
- Поділіться інформацією в ситуації, пов'язаній з катастрофою

Якщо ви не в змозі висловити свої побажання, наприклад, якщо ви непритомні, ми можемо продовжити передачу вашої інформації, якщо вважатимемо, що це в ваших інтересах. Ми також можемо поділитися вашою інформацією, якщо це необхідно для зменшення серйозної та неминучої загрози здоров'ю та безпеці.

- **Ми ніколи не будемо ділитися вашою інформацією, якщо тільки ви не надасте нам письмового дозволу на її використання в маркетингових цілях або продаж.**

Як ми використовуємо та розкриваємо інформацію

Як ми зазвичай використовуємо або передаємо вашу медичну інформацію? Зазвичай ми використовуємо або передаємо вашу медичну інформацію описаними нижче способами.

- **Для надання діагностичної інформації первинному лікарю**

Ми можемо використовувати вашу медичну інформацію та ділитися нею з іншими фахівцями, які вас лікують або надають додаткову діагностичну інформацію, пов'язану з вашим лікуванням.

Приклад: лікар, який вас лікує, запитує одного з наших патологоанатомів про результати діагностичних досліджень, проведених у нашій лабораторії.

- **Для керування нашою організацією**

Ми можемо використовувати та передавати вашу медичну інформацію для управління нашою діяльністю, покращення вашого лікування та комунікації з вами за необхідності.

Приклад: ми використовуємо вашу медичну інформацію для ведення діагностичних досліджень, які ви отримуєте.

- **Для виставлення рахунків за наші послуги**

Ми можемо використовувати та передавати вашу медичну інформацію для виставлення рахунків та отримання оплати від медичних страхових планів або інших організацій.

Приклад: ми надаємо вашу інформацію персоналу вашого плану медичного страхування, щоб вони оплатили наші послуги.

Як ще ми можемо використовувати або передавати вашу медичну інформацію?

Ми маємо право або зобов'язані ділитися вашою інформацією в інші способи - зазвичай у спосіб, що сприяє суспільному благу, наприклад, у сфері охорони здоров'я та наукових досліджень. Ми повинні виконати багато умов, передбачених законом, перш ніж ми зможемо передавати інформацію для цих цілей.

Для отримання додаткової інформації див.: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

- **Для допомоги в питаннях громадського здоров'я та безпеки**

Ми можемо надавати вашу медичну інформацію у певних ситуаціях, таких як

- Профілактика захворювань
- Допомога у відкликанні продукції
- Запобігання або зменшення серйозної загрози здоров'ю та безпеці людей

- **Для керування нашою організацією**

Ми можемо використовувати та передавати вашу медичну інформацію для управління нашою діяльністю, покращення вашого лікування та комунікації з вами за необхідності.

Приклад: ми використовуємо вашу медичну інформацію для ведення діагностичних досліджень, які ви отримуєте.

- **Проведення досліджень**

Ми можемо використовувати або передавати вашу інформацію для медичних наукових досліджень (з вашої інформованої згоди).

- **Задля дотримання законодавства**

Ми надамо інформацію про вас, якщо цього вимагають закони штату або федеральні закони, включаючи Департамент охорони здоров'я і соціальних служб, якщо вони хочуть переконатися, що ми дотримуємося федеральних законів про конфіденційність.

- **Для відповіді на запити про донорство органів і тканин**

Ми можемо ділитися вашою медичною інформацією з організаціями, що займаються закупівлею органів.

- **Для роботи з судмедекспертом або директором похоронного бюро**

Ми можемо ділитися медичною інформацією з коронером, судмедекспертом або директором похоронного бюро, коли людина помирає.

- **Для вирішення питань компенсації працівникам, правоохоронних органів та інших урядових запитів**

Ми можемо використовувати або передавати вашу медичну інформацію:

- Для позовів про відшкодування шкоди працівникам
- Для правоохоронних цілей або представникам правоохоронних органів
- Органам охорони здоров'я щодо діяльності, дозволеної законом
- Спеціальним державним органам, таким як військові, національна безпека та охорона президента

- **Для реагування на позови та судові позови**

Ми можемо надавати вашу медичну інформацію у відповідь на судовий або адміністративний наказ, або у відповідь на повістку до суду.

- **Особливі примітки**

Ми не створюємо та не керуємо каталогом лікарень/пацієнтів.

Ми не створюємо та не ведемо психотерапевтичних нотаток у жодному з наших відділень.

Наші обов'язки

- За законом ми зобов'язані зберігати конфіденційність і безпеку вашої захищеної медичної інформації.
- Ми негайно повідомимо вас, якщо станеться порушення, яке може поставити під загрозу конфіденційність або безпеку вашої інформації.
- Ми повинні дотримуватися обов'язків і правил конфіденційності, описаних у цьому повідомленні, і надати вам його копію за вашим запитом.
- Ми не будемо використовувати або передавати вашу інформацію, окрім як описано тут, якщо лише ви не повідомите нам про це в письмовій формі. Якщо ви надасте нам дозвіл, то потім ви можете передумати в будь-який момент. Повідомте нас письмово, якщо ви передумаєте.

Для отримання додаткової інформації див.: www.hhs.gov/ocr/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

- **Зміни до умов цього Повідомлення**

Ми можемо змінювати умови цього повідомлення, і зміни будуть застосовуватися до всієї інформації, яку ми про вас маємо. Нове повідомлення буде доступне за запитом, в нашому офісі та на нашому веб-сайті.

- **Контактні дані:** Тіріс Дж Мьельде (Tiris J Mjelde), спеціаліст з питань конфіденційності / 13103 E Mansfield, Spokane Valley, WA 99216 / Телефон: (509)892-2700 / Електронна пошта: HIPAA@incdx.com

Дійсно з 20 січня 2023 р.