

В настоящем уведомлении описано, каким образом медицинская информация о Вас может использоваться и передаваться третьим лицам, а также каким образом Вы можете получить доступ к этой информации. В настоящем уведомлении также описаны новые федеральные правила конфиденциальности в отношении записей о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (substance use disorder, SUD), которые ведутся в определенных программах (часть 2 главы 42 CFR). Прочтите его внимательно.

В настоящем уведомлении о порядке использования и раскрытия конфиденциальной информации слово «мы» относится к сети медицинских центров BMC Health System, включая Boston Medical Center, Boston Medical Center – South, Boston Medical Center – Brighton, Cornerstone Health Solutions, Faculty Practice Foundation, Inc., осуществляющий деятельность как Boston University Medical Group Physician Practices, BMC Affiliated Physicians, Inc., осуществляющий деятельность как BMC Health, а также к следующим лицам и организациям:

- любым медицинским работникам, уполномоченным вносить информацию в вашу медицинскую карту;
- любым поставщикам медицинских услуг, являющимся членами медицинского и стоматологического персонала BMC Health System;
- всем работникам BMC Health System, включая сотрудников, штатный персонал, волонтеров и другой персонал больницы.

Настоящее уведомление не распространяется на участников плана медицинского страхования WellSense Health Plan. Уведомление о порядке использования и раскрытия конфиденциальной информации, применяющееся в WellSense Health, см. на веб-сайте www.wellsense.org.



Ваши права

У Вас есть определенные права в отношении Вашей медицинской информации. В этом разделе изложены Ваши права и некоторые из наших обязанностей по оказанию Вам помощи.

Получить электронную или бумажную копию своей медицинской карты

- Вы можете запросить электронную или бумажную копию своей медицинской карты и другую свою медицинскую информацию, которая есть у нас. Для этого свяжитесь с нами с помощью контактных данных, указанных на последней странице.
- Как правило, копия медицинской информации или эпикриза предоставляются в течение 30 дней после получения запроса. Мы можем взимать за это плату, предусмотренную законодательством.
- В случае отклонения запроса мы объясним причину и сообщим Вам о Ваших правах.

Подать запрос о внесении исправлений в свою медицинскую карту

- Вы можете попросить нас внести исправления в Вашу медицинскую информацию, которую Вы считаете неверной или неполной. Для этого свяжитесь с нами с помощью контактных данных, указанных на последней странице.
- Мы можем отказать Вам в удовлетворении запроса, при этом сообщим причину в письменной форме в течение 60 дней.

Запросить использование конфиденциальных способов связи с Вами

- Вы можете попросить нас связываться с Вами определенным образом. Например, Вы можете попросить нас связываться с Вами по домашнему или рабочему телефону или отправлять Вам почту на другой адрес.
- Мы согласимся на все обоснованные запросы.

Поручить кому-нибудь другому реализовывать Ваши права, если Вы не можете делать это сами

- Если Вы не в состоянии самостоятельно принимать решения, касающиеся Вашего здоровья, лицо, действующее от Вашего имени (например, Ваш представитель по медицинским вопросам), может реализовывать Ваши права и принимать решения относительно Вашей медицинской информации.
- Если Вы не можете сообщить нам о своем решении, например, если Вы находитесь без сознания, мы можем передать Вашу информацию другому лицу только в том случае, если сочтем, что это отвечает Вашим интересам.

Попросить нас о том, чтобы мы ограничили информацию, которую мы используем или передаем

- Вы можете попросить нас **не** использовать или не передавать определенную медицинскую информацию в целях лечения, оплаты или нашей деятельности. Мы не обязаны удовлетворять Ваш запрос и можем отклонить его, если это может негативно повлиять на Ваше лечение.
- Если Вы полностью самостоятельно оплачиваете медицинское обслуживание или изделие, Вы можете попросить нас не передавать эту информацию Вашей медицинской страховой компании для целей оплаты или нашей деятельности. Мы согласимся на это, если законодательство не обязывает нас раскрывать подобную информацию.

Получить список тех, кому была передана Ваша информация

- Вы можете запросить список случаев (отчет), когда мы передавали Вашу медицинскую информацию за последние 6 лет до даты Вашего запроса. Там будет указано, с кем и почему мы делились информацией.
- Мы укажем всю раскрытую информацию, за исключением той, которая касается лечения, оплаты и медицинской деятельности, а также некоторых других сведений (например, тех, которые попросили нас раскрыть Вы). Мы предоставляем один отчет в год бесплатно. За дополнительные отчеты в течение следующих 12 месяцев взимается разумная плата с учетом наших затрат.

Получить копию настоящего уведомления

- Вы можете запросить бумажную копию настоящего уведомления в любое время, даже если Вы согласились получать уведомление в электронном виде. Мы незамедлительно предоставим Вам бумажную копию.

Подать жалобу, если Вы считаете, что Ваши права нарушены

- Если Вы считаете, что мы нарушили Ваши права, Вы можете подать жалобу. Для этого свяжитесь с нами с помощью приведенной ниже информации.
- Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам (Office of Civil Rights) Министерства здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services), отправив письмо по адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington D.C. 20201, позвонив по телефону 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (текстофон) или посетив веб-сайт <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
- Мы не станем применять к Вам ответные меры за подачу жалобы.

Права в отношении записей о лечении расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ

- Если Вы проходите в ВМС лечение от расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, Ваши записи о таком лечении защищены федеральным законом (часть 2 главы 42 CFR). У Вас есть дополнительные права в отношении того, кто может просматривать, использовать или раскрывать информацию из Ваших записей о лечении расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, в том числе:
 - Право требовать ограничения раскрытия информации в целях лечения, оплаты или осуществления медицинской деятельности, а также право ограничить передачу Вашему плану медицинского страхования сведений об услугах, которые Вы оплачиваете самостоятельно в полном объеме.
 - Право запросить список раскрытой информации, предоставленной посредникам за последние три года.
 - Право отказаться от получения сообщений о сборе средств на лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.
 - Право подать жалобу в ВМС или министру здравоохранения и социальных служб, если Вы считаете, что были нарушены Ваши права на конфиденциальность в отношении записей о лечении расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ. Вы не столкнетесь с ответными мерами или угрозами за подачу жалобы.
 - Право на получение копии настоящего уведомления по запросу.

Ваш выбор

В отношении определенной медицинской информации Вы можете выбрать, что именно мы имеем право раскрывать. Если у Вас есть четкие предпочтения относительно того, как раскрывать Вашу информацию в ситуациях, описанных ниже, сообщите нам об этом. Скажите, как нам следует поступать, и мы будем следовать Вашим указаниям.

В этих случаях у Вас есть право и выбор разрешить нам:

- Передавать информацию членам Вашей семьи, близким друзьям или другим лицам, связанным с Вашим медицинским обслуживанием.
- Передавать информацию при ликвидации последствий стихийных бедствий.
- Включить Вашу информацию в больничный указатель.
- Мы можем использовать Вашу информацию в целях сбора средств для поддержки наших учреждений, программ и миссии по предоставлению исключительного ухода без исключения, но Вы можете попросить нас больше к Вам не обращаться. Мы можем использовать Ваши демографические данные, такие как имя, адрес, номер телефона, адрес электронной почты и другую информацию (если это разрешено законом), включая возраст, дату рождения, пол, наличие медицинского страхования, даты оказания услуг, отделение, лечащий врач или информацию о результатах лечения.

Если Вы не можете сообщить нам о своих предпочтениях, например, если Вы находитесь без сознания, мы можем поделиться Вашей информацией, если посчитаем, что это в Ваших интересах. Мы также можем передавать Вашу информацию, если это необходимо для уменьшения серьезной и непосредственной угрозы здоровью или безопасности.

В этих случаях мы никогда не передадим Вашу информацию третьим лицам без Вашего письменного разрешения:

- Маркетинговые цели.
- Продажа Вашей информации.
- Большая часть записей Вашего психотерапевта.

Как мы используем и раскрываем информацию

Как мы используем и раскрываем Вашу медицинскую информацию?

Мы используем или раскрываем Вашу медицинскую информацию для следующих целей:

Ваше лечение	<ul style="list-style-type: none">• Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию и делиться ею с другими специалистами, которые Вас лечат.	Пример: Мы можем передать медицинскую информацию Вашему лечащему врачу или врачу, направившему Вас к нам.
Обеспечение работы нашей организации	<ul style="list-style-type: none">• Мы можем использовать и передавать Вашу медицинскую информацию для обеспечения работы нашей организации, улучшения качества Вашего лечения и связи с Вами при необходимости.	Пример: Мы используем Вашу медицинскую информацию для организации Вашего лечения и предоставления услуг.
Связь с Вами	<ul style="list-style-type: none">• Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию для связи с Вами:<ul style="list-style-type: none">○ по указанному Вами адресу и номеру телефона, включая возможность оставлять сообщения по этому номеру;○ направляя информацию о проблемах медицинского обслуживания пациентов, вариантах лечения и инструкциях по последующему уходу;○ направляя информацию, которая может представлять для Вас интерес и описывает связанные со здоровьем товары или услуги, которые мы предлагаем;○ по адресу электронной почты или с помощью другой контактной информации, которую Вы предоставляете для оказания нам помощи в деятельности, описанной в настоящем уведомлении.	Пример: Мы можем связываться с Вами по поводу запланированных или отмененных приемов, регистрации или обновления информации о страховании, вопросов выставления счетов или оплаты, предварительной оценки перед процедурой, опросов о степени удовлетворенности или результатов анализов.

Выставление счетов за оказанные Вам услуги	<ul style="list-style-type: none"> Мы можем использовать и передавать Вашу медицинскую информацию для выставления счетов за оказанные Вам услуги. 	<p><i>Пример:</i> Мы используем Вашу медицинскую информацию для подготовки отчетов о предоставленном медицинском обслуживании, которые мы отправляем в Вашу страховую компанию.</p>
---	--	---

Как еще мы можем использовать или передавать Вашу медицинскую информацию? Мы также имеем право или обязаны раскрывать Вашу информацию в иных целях, как правило, когда это способствует общественному благу, например в сфере здравоохранения и научных исследований. Прежде чем раскрывать Вашу информацию для этих целей, мы должны будем выполнить множество условий, предусмотренных законом. Для получения дополнительной информации посетите *веб-сайт*:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>

Помощь в вопросах общественного здоровья и безопасности	<ul style="list-style-type: none"> Мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию в определенных ситуациях, таких как: <ul style="list-style-type: none"> Предотвращение заболеваний. Содействие отзыву препаратов. Сообщение о нежелательных реакциях на лекарственные препараты. Сообщение о подозрении на жестокое обращение с ребенком, пожилым человеком или инвалидом, а также на пренебрежение обязанностями ухода за ними. Предотвращение или уменьшение серьезной угрозы здоровью или безопасности какого-либо лица.
Проведение исследований	<ul style="list-style-type: none"> Мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию для целей исследований, одобренных исследовательским комитетом VMCHS или его уполномоченным представителем, если в соответствии с федеральным законодательством или законодательством штата не требуется письменного разрешения. Сюда также могут относиться подготовка к исследованию или сообщение Вам об исследовании, в котором Вы можете быть заинтересованы.
Ответ на запрос о донорстве органов и тканей	<ul style="list-style-type: none"> Мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию организациям, занимающимся донорством и трансплантацией органов.
Соблюдение требований законодательства	<ul style="list-style-type: none"> Мы будем раскрывать информацию о Вас, если этого требуют законы штата или федеральные законы, в том числе Министерству здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services), если оно захочет убедиться в том, что мы соблюдаем федеральный закон о защите персональных данных.
Сотрудничество с судебно-медицинским экспертом или работником похоронного бюро	<ul style="list-style-type: none"> После смерти человека мы можем передавать его медицинскую информацию коронеру, судебно-медицинскому эксперту или работнику похоронного бюро.
Работа с требованиями о выплате компенсаций работникам, а также запросами правоохранительных органов и других государственных органов	<ul style="list-style-type: none"> Мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию: <ul style="list-style-type: none"> Для требований о компенсационных выплатах работникам. Для целей обеспечения правопорядка или сотрудникам правоохранительных органов. Органам надзора в сфере здравоохранения для осуществления деятельности, разрешенной законом. Для исполнения государственных функций, таких как военная служба, обеспечение национальной безопасности и охрана президента. Для исправительных учреждений или правоохранительных органов, если Вы заключенный исправительного учреждения или находитесь под стражей правоохранительных органов, для оказания Вам медицинской помощи; для защиты здоровья и безопасности Вас или других лиц; для обеспечения здоровья и безопасности в исправительном учреждении.
Ответ на судебные иски и юридические действия	<ul style="list-style-type: none"> Мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию в ответ на постановление суда или административного органа, а также в ответ на повестку в суд. Записи о лечении расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, или показания, основанные на их содержании, не будут разглашаться или использоваться в судебных, уголовных или административных разбирательствах против Вас без Вашего конкретного письменного согласия или постановления суда.

Правила в отношении записей о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ

- Записи о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, не могут использоваться или раскрываться для целей лечения, оплаты или деятельности без Вашего письменного согласия.
 - Вы можете подписать одно согласие на все виды использования и раскрытия информации в этих целях, которое можно отозвать в письменной форме в любое время.
 - В отношении записей о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, не действуют общие правила раскрытия информации из медицинских записей. Требуются отдельные формы согласия.
 - Для определенных случаев использования или раскрытия информации (например, в рамках судебных разбирательств или для раскрытия записей консультаций по поводу расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ) требуется отдельное (не общее) письменное согласие.
 - Мы не будем использовать или раскрывать информацию из Ваших записей о лечении расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, для сбора средств, если у Вас не было возможности отказаться от обращений к Вам по такому поводу.
-

Как правило, мы будем запрашивать Ваше согласие или постановление судьи, перед тем как раскрывать определенную деликатную информацию о Вас, например психотерапевтические записи; результаты анализов на ВИЧ; согласие на аборт; данные о заболеваниях, передающихся половым путем; результаты генетических тестов; переписку с социальным работником; записи консультаций для жертв домашнего насилия; записи консультаций для жертв сексуального насилия; записи о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.

Мы участвуем в системах обмена медицинской информацией (HIE), таких как Massachusetts Health Information Highway (Mass HIway) и Epic's Care Everywhere, и предоставляем защищенный доступ к информации аффилированным поставщикам услуг в режиме реального времени через BMC ChartLink. Мы используем HIE и ChartLink как способ взаимного обмена — раскрытия, запроса и получения — электронной медицинской информации с другими медицинскими организациями. Если у Вас возникнут вопросы или Вы захотите отказаться от передачи Вашей информации через системы обмена медицинской информацией (HIE) или ChartLink, свяжитесь с нами с помощью контактных данных, указанных на последней странице.

Если Ваша информация о лечении расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, раскрывается другому поставщику медицинских услуг, страховой компании или деловому партнеру (например, через систему обмена медицинской информацией) на основании действующего согласия о передаче конфиденциальной информации для целей лечения, оплаты или деятельности, эти получатели не обязаны сегментировать такую информацию в своих записях, однако эти записи не могут быть использованы или раскрыты в судебных разбирательствах против Вас без Вашего конкретного письменного согласия или постановления суда.



Наши обязанности

За что мы отвечаем?

- В соответствии с законом мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность Вашей защищенной медицинской информации.
- Мы незамедлительно уведомим Вас в случае утечки данных, которая могла поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность Вашей информации.
- Мы должны выполнять обязательства и соблюдать процедуры по обеспечению конфиденциальности, описанные в данном уведомлении, а также предоставить вам его копию.
- Мы не будем использовать или раскрывать Вашу информацию иным образом, кроме описанного здесь, если Вы не дадите нам на это письменного разрешения. Если Вы дадите нам разрешение, Вы можете передумать в любой момент. Если Вы поменяете свое решение, сообщите нам об этом в письменной форме.
- В соответствии с законом мы обязаны уведомить Вас и пострадавших пациентов в случае нарушения конфиденциальности Ваших записей о лечении расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ.
- Мы не будем запугивать, угрожать, принуждать, дискриминировать или преследовать Вас за подачу жалобы, касающейся записей о лечении расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, и от Вас не могут требовать отказа от права на подачу жалобы в качестве условия получения медицинской помощи, оплаты или регистрации в какой-либо программе.

Для получения дополнительной информации см.: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>

Как долго мы храним Вашу информацию?

Мы храним медицинскую информацию в бумажном, электронном и фотографическом виде в течение 20 лет после выписки из больницы или завершения лечения. Прочая документация ведется в соответствии с региональными и федеральными законами и нормами. Копия правил хранения медицинских записей предоставляется по запросу.

Изменения в условиях настоящего уведомления

Мы можем изменить условия настоящего уведомления. Эти изменения будут применяться ко всей информации о Вас, которой мы располагаем. Новое уведомление будет доступно по запросу, в нашем офисе и на нашем веб-сайте.

Настоящее уведомление вступает в силу 16 февраля 2026 года

Медицинский центр Boston Medical Center и следующие поставщики услуг Boston HealthNet и Boston Accountable Care Organization обмениваются медицинской информацией в рамках комплексной сети здравоохранения, а также для осуществления совместной деятельности, такой как оценка качества услуг:

Медицинский центр Boston Medical Center

Boston Healthcare for the Homeless
(медицинское обслуживание для бездомных)***
Медицинский центр Boston Medical Center – South**
Медицинский центр Boston Medical Center –
Brighton**
Медицинский центр Codman Square Health Center***
DotHouse Health***

Общественный стоматологический центр Ellen Jones
Community Dental Center – Harwich*

Общественный медицинский центр Geiger Gibson
Community Health Center*

Медицинский и стоматологический центр Greater
Roslindale Medical and Dental Center***

Общественный стоматологический центр Harbor
Community Dental Center – Provincetown*

Общественный медицинский центр Harbor
Community Health Center – Hyannis*

Общественный медицинский центр Harbor
Community Health Center – Plymouth*

Общественный медицинский центр Harbor Health
Community Health Center*

Общественный медицинский центр Harvard Street
Community Health Center***

Медицинский центр Holyoke Medical Center/Valley Health
Partners**

Медицинский центр Manet Community Health Center***

Общественный медицинский центр Mattapan Community
Health Center***

NeighborHealth***

Медицинский центр Neponset Health Center*

Общественный медицинский центр South Boston Community
Health Center***

Больничные и врачебные больничные организации South
Shore Hospital and Physician Hospital Organizations**

Медицинский центр Stanley Street Treatment Health Center**

Больница Sturdy Memorial Hospital**

Центр The Dimock Center*

Медицинский центр Upham's Corner Health Center*

Медицинский центр Whittier Street Neighborhood Health
Center*

*=Boston HealthNet (BHN) | **= Boston Accountable Care Organization (BACO) | ***= и BHN, и BACO

**Обращайтесь
к нам**

Как связаться с нами, чтобы запросить копию медицинской карты, внесение изменений в медицинскую карту, отчет о случаях раскрытия информации, ограничение на раскрытие информации, использование конфиденциальных способов связи или чтобы подать жалобу

**Управление по
защите
конфиденциальности**

Отдел нормативно-правового соответствия (Compliance Department)

960 Massachusetts Avenue, Boston, MA 02118

Тел. приемной: 617-414-1800

Бесплатный номер: 800-586-2627

Электронная почта: PrivacyOfficer@bmc.org

**Медицинские карты
(для запросов,
касающихся
медицинских карт)**

Служба медицинской информации / Отдел медицинских карт (Health
Information Management / Medical Records Department)

850 Harrison Avenue / Basement Yawkey Building

Boston, MA 02118

Тел. приемной: 617-414-4213

