

ARLINGTON CLINIC

326 S Stillaguamish Ave
Arlington, WA 98223
360-572-5400

EDMONDS CLINIC

23320 Hwy 99
Edmonds, WA 98026
425-640-5500

EVERETT-CENTRAL CLINIC

4201 Rucker Ave
Everett, WA 98203
425-382-4000

EVERETT-COLLEGE CLINIC

930 N Broadway
Everett, WA 98201
425-595-3900

EVERETT-NORTH CLINIC

1424 Broadway
Everett, WA 98201
425-789-2000

EVERETT-SOUTH CLINIC

1019 112th St SW
Everett, WA 98204
425-551-6200

LYNNWOOD CLINIC

4111 194th St SW
Lynnwood, WA 98036
425-835-5200

ADMINISTRATION

8609 Evergreen Way
Everett, WA 98208
425-789-3700

chcsno.org

Здравствуйтесь,

Добро пожаловать в Общественный центр здравоохранения округа Снохомиш (CHC)!

Мы очень рады, что вы выбрали нас в качестве вашего поставщика медицинских услуг. В CHC мы делаем все возможное, чтобы предоставить вам уход, ориентированный на пациента. Уход, ориентированный на пациента, означает, что мы принимаем во внимание все ваши потребности – от физических до психических. Мы создадим партнёрские отношения с вами и вашей семьёй и предоставим вам уход с учётом ваших ценностей, культуры и предпочтений.

Этот пакет документов выдается всем пациентам, которые только недавно были приняты в CHC. В пакете документов вы найдете важную информацию, касающуюся качества обслуживания пациентов.

В пакет документов включены:

- Приветственное письмо (данный документ)
- Права и обязанности пациента
- Уведомление о правилах конфиденциальности
- Уведомление о недопустимости дискриминации
- Уведомление пациента в случае неявки – Медицинские услуги
- Уведомление пациента в случае неявки – Стоматологические услуги
- Бланк информирования и согласия пациента – **должен быть подписан**

Просим вас ознакомиться со всеми документами, а также подписать и вернуть форму Бланк информирования и согласия пациента на последней странице.

Есть вопросы? Обратитесь с вашим вопросом к члену вашей команды медицинских специалистов или к сотруднику стойки регистрации CHC, если у вас возникли вопросы или вам требуется какая-либо помощь.

Благодарим вас за то, что вы выбрали CHC округа Снохомиш! Мы с нетерпением ждем возможности начать сотрудничество с вами в процессе оказания вам необходимых медицинских услуг.

С уважением,

Ваша команда медицинских специалистов в CHC

Права и обязанности пациента

ВАШИ ПРАВА

- Качественный уход и обслуживание.
- Уважительное и достойное отношение.
- Отсутствие дискриминации.
- Консультации с врачом по поводу неотложных медицинских/стоматологических потребностей в нерабочее время.
- Получение полной информации о здоровье, а также о вариантах лечения и обслуживания. Мы предоставим вам эту информацию на понятном для вас языке и в доступной форме.
- Участие в принятии решений, касающихся вашего медицинского обслуживания. Если вы откажетесь от лечения, мы объясним вам возможные последствия.
- Получение информации о тарифах, сборах и правилах оплаты.
- Отказ от участия в исследовании.
- Предложение изменений в процедурах.
- Участие в выборе своего лечащего врача.
- Участие в принятии решений относительно плана мероприятий по уходу в конце жизни.
- Подача жалобы в случае возникновения претензий к качеству услуг клиники.
- Подача претензии, если вы не удовлетворены принятым решением по вашей жалобе.
- Подача претензии, если вы считаете, что столкнулись с непрофессиональным поведением какого-либо сотрудника.
- Раскрытие вашей медицинской информации в соответствии с законом.
- Получение доступа к вашей медицинской информации, требование внесения в нее изменений и получение данных о ее раскрытии в соответствии с действующим законодательством.
- Уведомление в разумные сроки, если план CHC решит изменить или прекратить свои отношения с вами.

ВАШИ ОБЯЗАННОСТИ

- Предоставление правильной и полной истории болезни и данных для выставления счетов.
- Информирование врача о завещании, медицинской доверенности или других распоряжениях, которые могут повлиять на уход за вами.
- Посещение врача в запланированные сроки. Если вам необходимо отменить прием, вы должны позвонить нам за 24 часа до назначенного времени.
- Принятие всех возможных для поддержания своего здоровья в соответствии с планами лечения и инструкциями по уходу, которые вы согласовали с вашим лечащим врачом.
- Уважительное отношение к персоналу и другим пациентам.
- Уважение частной жизни других людей.
- Уважительное отношение к собственности CHC.
- Соблюдение политик CHC.
- Оплата полученных услуг в соответствии с политиками CHC.
- Оплата услуг других медицинских учреждений, не входящих в CHC, которые вы получили по направлению.
- Обеспечение безопасности детей, которых вы привели в центр здравоохранения.

Невыполнение этих обязанностей может привести к отказу в предоставлении услуг со стороны плана CHC в будущем.

Уведомление о методах обеспечения конфиденциальности

Введение

В этом уведомлении описываются возможные варианты использования и раскрытия защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI), а также способы, с помощью которых вы сможете получать доступ к этой информации. Внимательно ознакомьтесь с уведомлением.

Согласно закону Общественный центр здравоохранения округа Снохомиш (Community Health Center of Snohomish County, CHC) обязан:

- защищать конфиденциальность вашей информации;
- предоставить данное уведомление о правилах конфиденциальности;
- соблюдать правила конфиденциальности, описанные в данном уведомлении;
- уведомлять о любых случаях возможного нарушения конфиденциальности медицинской информации пациентов.

Чтобы узнать подробнее о наших методах обеспечения конфиденциальности или получить дополнительные копии данного уведомления, свяжитесь с нами, используя данные, указанные в конце данного уведомления.

Использование и раскрытие информации без вашего письменного разрешения

Ниже приведены некоторые примеры случаев, в которых мы можем использовать и передавать вашу защищенную медицинскую информацию без вашего разрешения.

Для связи с вами мы можем использовать защищенную медицинскую информацию, чтобы связываться с вами, отправлять вам текстовые сообщения или письма с напоминаниями о назначенных приемах, а также передавать результаты анализов, сведения о вариантах лечения, о мероприятиях или об услугах по медицинскому просвещению.

Для лечения мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в рамках предоставления вам лечения. Мы также можем передавать вашу защищенную медицинскую информацию другим медицинским работникам, которые оказывают вам медицинскую помощь.

В целях взимания оплаты мы можем использовать или раскрывать защищенную медицинскую информацию в ряде обстоятельств и при выполнении определенных действий, как то: определение рамок страхового покрытия, обеспечение оплаты за предоставленные услуги, управление компенсационными запросами и возмещение затрат. Мы также можем передавать вашу защищенную медицинскую информацию для запроса или получения оплаты от вашего плана медицинского страхования.

Для выполнения операций/действий в сфере

здравоохранения мы можем использовать или раскрывать защищенную медицинскую информацию для поддержки деловой деятельности вашего поставщика медицинских услуг и CHC, включая передачу вашей защищенной медицинской информации сторонним деловым партнерам, которые оказывают нашей организации услуги по выставлению счетов и расшифровке. Мы также можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию, если это необходимо для предоставления вам сведений об альтернативных вариантах лечения или о других медицинских льготах и услугах, которые могут вас заинтересовать.

Для сбора средств мы можем использовать защищенную медицинскую информацию для связи с вами в рамках кампаний по привлечению средств для осуществления нашей деятельности. Мы также можем раскрывать защищенную медицинскую информацию связанным с нами фондам, чтобы они могли обращаться к вам в рамках кампаний по привлечению средств для осуществления их деятельности. Все материалы, посвященные кампаниям по сбору средств, будут включать в себя описание действий, которые вы можете предпринять, чтобы более не получать корреспонденцию, связанную с кампаниями по сбору/привлечению средств.

Во исполнение требований законодательства или если использование/раскрытие информации разрешено

законом, мы можем использовать или раскрывать защищенную медицинскую информацию, если от нас того требует закон, либо если такое использование/раскрытие разрешено законом. Кроме того, мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию в минимальном объеме, необходимом для предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью или вашей безопасности или для предотвращения угрозы здоровью или безопасности окружающих.

Другие случаи раскрытия информации, разрешенные или требуемые законом

- В рамках деятельности органов надзора в сфере здравоохранения, осуществляющих лицензирование и аудит.
- В рамках деятельности в сфере здравоохранения.
- В рамках деятельности по надзору и контролю в сфере здравоохранения.
- В контексте деятельности правоохранительных органов, если такое раскрытие требуется или разрешено законом.
- При проведении исследований, одобренных ведомственным наблюдательным советом.
- Во исполнение заявлений о возмещении ущерба работникам.
- В рамках деятельности военных ведомств или ведомств, обеспечивающих национальную безопасность.
- В рамках деятельности следственных органов, медицинских экспертов и руководства бюро ритуальных услуг.

Уведомление о методах обеспечения конфиденциальности

Использование и раскрытие информации без вашего письменного разрешения (с правом возражения)

В случае вашей недееспособности, а также в чрезвычайных ситуациях мы раскроем вашу защищенную медицинскую информацию в соответствии с ранее выраженными вами предпочтениями, которые известны нам, а также исходя из ваших интересов, определенных согласно нашему экспертному мнению. Мы также будем руководствоваться нашим экспертным мнением и нашим опытом, обоснованно ссылаясь на ваши интересы при принятии решений о допуске тех или иных лиц к получению лекарственных средств по выписанным вам рецептам.

Члены семьи и прочие лица, участвующие в уходе за вами. Мы можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для уведомления или для помощи в поиске членов семьи или других лиц, ответственных за ваш уход, чтобы сообщить им о вашем местонахождении, общем состоянии здоровья или смерти.

Мероприятия по ликвидации последствий чрезвычайных происшествий. Мы можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию государственным или частным структурам, обладающим необходимыми полномочиями в соответствии с законом или уставом и принимающим участие в мероприятиях по ликвидации последствий чрезвычайных происшествий на уровне координации мер по информированию ваших членов семьи о вашем местонахождении, вашем общем состоянии здоровья или же о вашей смерти.

Случаи использования и раскрытия информации, требующие вашего письменного разрешения

Записи психотерапевта. Как правило, мы обязаны получить ваше разрешение на использование или раскрытие записей психотерапевта; исключения составляют следующие обстоятельства/случаи: (1) при использовании/раскрытии психотерапевтических данных их составителем в целях лечения; (2) в контексте реализации наших собственных обучающих программ, в рамках которых студенты, получающие специальности в области психического здоровья, а также стажеры и практиканты под наблюдением учатся применять на практике или улучшают свои навыки и умения; (3) с целью нашей защиты в судебных разбирательствах, инициированных вами; (4) в соответствии с требованиями законодательства; (5) надзорным органам в сфере здравоохранения в контексте контроля составителя психотерапевтических записей/данных; (6) следователям или

судебным медицинским экспертам; (7) для предотвращения или уменьшения серьезной или непосредственной угрозы здоровью или безопасности лица или окружающих.

Конфиденциальность данных о репродуктивном здоровье.

Мы должны соблюдать законодательство о конфиденциальности при использовании или раскрытии медицинской информации, которая является частью данных о репродуктивном здоровье. Если это не разрешено законом, мы никогда не будем передавать какие-либо данные о репродуктивном здоровье без вашего письменного разрешения.

Данные о расстройствах, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами.

Мы должны соблюдать федеральное законодательство при использовании или раскрытии медицинской информации, которая является частью данных о лечении от наркозависимости. Если это не разрешено законом, мы никогда не будем передавать какие-либо данные о лечении от наркозависимости без вашего письменного разрешения.

Маркетинг. Перед использованием вашей защищенной медицинской информации в маркетинговых целях или перед ее продажей мы должны получить ваше письменное разрешение в соответствии с применимыми определениями и исключительными условиями, изложенными в Законе о передаче данных и отчетности в сфере медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Другие случаи использования и раскрытия. В иных случаях, помимо описанных выше, использование или раскрытие вашей защищенной медицинской информации может иметь место только с вашего письменного разрешения. Вы можете отозвать такое разрешение в любой момент, предоставив нам письменное уведомление об отзыве разрешения.

Ваши индивидуальные права

Право на изучение и копирование. Вы можете запросить доступ к имеющимся у нас вашим медицинским данным и сведениям о фактурировании, которые вы можете изучить и скопировать. Все запросы доступа к данным должны оформляться в письменном виде. В ограниченных случаях мы можем отказать вам в доступе к вашим данным. Мы можем затребовать плату за копирование и пересылку вам любых запрошенных данных.

Право на альтернативные способы обмена информацией.

Любой целесообразный и оформленный в письменном виде запрос, формулирующий ваше желание получать защищенную медицинскую информацию, может быть отправлен вами и удовлетворен нами с использованием альтернативных способов обмена информацией или альтернативных адресов.

Право на запрос ограничений. Вы имеете право запросить ограничение объема защищенной медицинской информации, которую мы используем или раскрываем в целях лечения, оформления счетов за обслуживание или реализации других

Уведомление о методах обеспечения конфиденциальности

релевантных операций/действий в сфере здравоохранения. Запросы об ограничении объема информации должны оформляться в письменном виде и направляться на имя менеджера по рискам (сотрудника по вопросам конфиденциальности) 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208. Мы не обязаны удовлетворять ваши запросы, однако, мы можем удовлетворить такие запросы в следующих случаях: если вы запрашиваете об ограничении объемов защищенной медицинской информации, раскрываемой планам медицинского страхования в целях обеспечения платы за обслуживание или реализации иных операций/действий в сфере здравоохранения, если такое раскрытие не является необходимым по закону, и если защищенная медицинская информация относится исключительно к помощи или услугам в сфере здравоохранения, которые полностью оплачены вами, иным лицом или организацией от вашего имени.

Право на получение отчетов в связи с раскрытием информации. По письменному запросу вы можете получить отчет о случаях раскрытия нами вашей защищенной медицинской информации, имевших место за последние шесть лет (при условии соблюдения определенных ограничивающих и лимитирующих условий).

Право на запрос поправок. Вы имеете право запросить внесение поправок в вашу защищенную медицинскую информацию. Ваш запрос (который обязательно необходимо оформлять в письменном виде) должен разъяснять причины, по которым в вашу информацию должны быть внесены поправки. При определенных обстоятельствах мы можем отказать вам в удовлетворении вашего запроса.

Право на получение уведомления. Вы имеете право на получение бумажной копии настоящего уведомления, в связи с чем вы можете в любое время отправить соответствующий запрос в Общественный центр здравоохранения округа Snohomish (Community Health Center of Snohomish County) по адресу: 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.

Право на получение уведомления об утечке информации. Согласно федеральному законодательству мы обязаны информировать вас о случаях обнаружения утечек вашей незащищенной медицинской информации.

Вопросы или жалобы

Если вы хотите получить дополнительную информацию о ваших правах, касающихся конфиденциальности, или подозреваете, что были нарушены ваши права на неприкосновенность личной жизни, вы можете обратиться к менеджеру по рискам (сотруднику по вопросам конфиденциальности) по номеру (425) 789-3775. Вы также можете подать письменную жалобу в Бюро гражданских прав (Office for Civil Rights, OCR) при Департаменте здравоохранения и обслуживания населения США (U.S. Department of Health and Human Services).

В случае подачи жалобы в наш профильный отдел или в Бюро гражданских прав в отношении вас не будут предприниматься какие бы то ни было встречные/ответные действия. Далее указан адрес регионального отделения Бюро гражданских прав в штате Вашингтон.

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue - M/S: RX-11 Seattle, WA 98121-1831

Дата вступления в силу и изменения настоящего уведомления

Дата вступления в силу. Настоящее уведомление действует с **21 мая 2024 г.**

Изменения настоящего уведомления. Мы можем изменить условия и формулировки настоящего уведомления в любое время. При внесении изменений в уведомление мы можем применить новые условия/формулировки уведомления ко всей защищенной медицинской информации, имеющейся в нашем распоряжении, в том числе к информации, созданной или полученной нами до выхода новой редакции уведомления. После внесения изменений в настоящее уведомление мы опубликуем его в новой редакции в зоне ожидания нашего учреждения и на нашем веб-сайте по адресу www.chcsno.org. Вы также можете получить уведомление в новой редакции, обратившись в Общественный центр здравоохранения округа Snohomish (Community Health Center of Snohomish County) по адресу: 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.

Уведомление о недопустимости дискриминации

Дискриминация является нарушением закона.

Общественный центр здравоохранения округа Снохомиш (Community Health Center of Snohomish County) соблюдает действующее федеральное законодательство о гражданских правах и не допускает исключения, дифференцированного отношения и дискриминации людей по признаку расы, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности или пола.

Мы предоставляем...

- Бесплатные ресурсы и услуги для людей с ограниченными возможностями для эффективного общения с нами, например:
 - услуги сурдопереводчиков;
 - письменную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудио, доступные электронные форматы, прочие форматы).
- Бесплатные языковые услуги пациентам, для которых английский не является основным языком, например:
 - услуги устных переводчиков;
 - письменная информация на других языках.

Если вы считаете, что мы не предоставили вам эти услуги или иным образом подвергли вас дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности или пола, вы можете подать жалобу лично, по почте, факсу или электронной почте. Если вам нужна помощь в подаче жалобы, обратитесь к менеджеру по рискам Общественного центра здравоохранения округа Снохомиш (Community Health Center of Snohomish County).

Общественный центр здравоохранения округа Снохомиш (Community Health Center of Snohomish County)
8609 Evergreen Way
Everett, WA 98208
425-789-3789, Телетайп (TTY) 711, Fax: 425-789-3780

Вы также можете подать письменную жалобу о нарушении гражданских прав в Бюро гражданских прав (Office for Civil Rights) при Департаменте здравоохранения и обслуживания населения США (U.S. Department of Health and Human Services) по почте, телефону или через Интернет на сайте <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Формы для подачи жалоб размещены на сайте www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Уведомление в отношении подраздела 224(о) Закона о службе общественного здравоохранения (Public Health Service Act)

Юридическая ответственность работника здравоохранения ограничена согласно Закону о службе общественного здравоохранения (раздел 224(q)(1)(D)).

Настоящее уведомление, направляемое Министром здравоохранения и социальных служб, имеет своей целью предоставить информацию в отношении защиты от ответственности Общественного центра здравоохранения округа Снохомиш (Community Health Center of Snohomish County) и не является всеобъемлющим уведомлением, относящимся к какому-либо положению Закона, за исключением случаев, когда клиника применяет этот Закон.

Уведомление пациента в случае неявки: Медицинские услуги

Посещение запланированных приемов является важной частью Вашего медицинского обслуживания. Это позволяет поставщику медицинских услуг обсуждать вопросы, связанные с Вашим медицинским обслуживанием, и предлагать меры, которые можно предпринять, чтобы оставаться здоровым. Пропуская прием, Вы не только утрачиваете возможность улучшить свое состояние здоровья, но и отнимаете время, которое врач мог уделить другому пациенту.

Уведомление пациента в случае неявки на прием к стоматологу

Посещение запланированных приемов является важной частью вашего стоматологического обслуживания. Во время приема стоматолог-гигиенист может обсудить с вами здоровье ротовой полости и предложить меры, которые помогут сохранить зубы здоровыми. Пропуская прием, вы утрачиваете возможность улучшить свое состояние здоровья. Кроме того, это отнимает время, которое врач мог уделить другому пациенту.

- Пациенты Общественного центра здравоохранения округа Снохомиш (Community Health Center of Snohomish County), которые не явились на прием к врачу, получают письмо, текстовое сообщение и (или) телефонный звонок с уведомлением о пропущенном приеме.
- Если пациент не явился на прием и не позвонил, чтобы отменить прием 3 (три) или более раз в течение 6 (шести) месяцев, его могут перевести на испытательный срок. Находясь на испытательном сроке, пациент не может записываться на прием заранее в течение 6 (шести) месяцев, если он не получил на это одобрение менеджера стоматологической клиники. Однако, если у пациента появились боль или опухание, он может прийти в офис, чтобы записаться на прием в тот же день.
- После перевода на испытательный срок 3 (три) или более раз можно потерять статус пациента.

Мы надеемся, что это уведомление поможет вам понять, насколько важно соблюдать график приемов и (или) предварительно уведомлять нас о необходимости их отмены. Здоровье полости рта важно для нас, и мы с нетерпением ждем встречи с вами на следующем плановом приеме!

Бланк информирования и согласия пациента

Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну:

Я даю согласие на то, чтобы моя команда по уходу оставляли медицинскую информацию, например результаты анализов, информацию о лекарствах или ответы на интересующие меня вопросы, на моем автоответчике.

Согласие на коммуникацию:

Я даю согласие на получение всех форм коммуникации от моей команды по уходу. Сотрудники плана CHC могут звонить, отправлять смс, сообщения по электронной почте или посылать мне по почте важную информацию, например напоминания о приеме, результаты анализов, варианты лечения, а также информацию о медицинских образовательных услугах или мероприятиях. Я понимаю, что в любой момент могу отказаться от данной услуги.

Согласие на лечение:

Я даю согласие на план ухода, предложенный моей командой по уходу. Я понимаю, что у меня или моего уполномоченного представителя есть право решать, принимать или отказываться от данного плана. Я буду задавать вопросы по мере надобности и озвучу свои пожелания.

Уведомление о раскрытии информации для получения оплаты:

Я понимаю, что план CHC будет сообщать любой диагноз и соответствующую информацию для обеспечения оплаты от страховых компаний и любых отвечающих за это сторонних плательщиков. Я понимаю, что, если я не ограничу это в письменной форме, это может распространяться на все аспекты лечения, включая тестирование и/или лечение ВИЧ/СПИДа, заболеваний, передающихся половым путем, злоупотребления психоактивными веществами или психических расстройств.

Финансовое соглашение:

Я понимаю, что доплата (непокрываемая минимальная сумма) взимается в момент оказания услуги. Я передаю оплату моей страховой компании непосредственно плану CHC.

Я понимаю, что несу финансовую ответственность перед планом CHC за расходы, не оплаченные страховкой, и что эти расходы должны быть оплачены в течение 30 дней после выставления счета. Я понимаю, что в дополнение к счету от моего поставщика я могу получить отдельные счета от лаборатории, радиологии и других специализированных служб.

Получение уведомления о правилах работы с медицинской информацией:

Мне была предложена копия Правил конфиденциальности плана CHC, информирующая меня о моих правах, связанных с защитой моей медицинской информации. Мне также была предложена копия Правил неявки, информирующих меня о важности соблюдения назначенных приемов и последствиях, если я не отменю визит к врачу, когда я не могу прийти на него.

Права и обязанности пациента:

Мне была предоставлена копия документа «Права и обязанности пациента плана CHC», в котором содержится информация о том, что значит быть пациентом плана CHC.

Телемедицинское обслуживание

Я понимаю, что телемедицинские консультации являются платными и что план CHC будет соблюдать все законы о конфиденциальности информации пациента. Если необходимо личное посещение, то меня уведомят об этом. Я понимаю, что в если электронная связь будет потеряна, что может привести к проблемам с конфиденциальностью, моя группа по уходу перезвонит мне по указанному мною номеру.



Бланк информирования и согласия пациента

Подписывая данный документ, вы соглашаетесь со всей вышеизложенной информацией.

Подпись: _____ Дата: _____

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____
(Если пациент моложе 18 лет)