



## УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ (NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)

Дата вступления в силу: 14 апреля 2003 г.  
Пересмотрено: 5 марта 2026 г.

В данном уведомлении описано, как медицинская информация о вас может использоваться и раскрываться, а также как вы можете получить доступ к этой информации. **ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С НИМ.**

Для записей Part 2 о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), данное уведомление описывает:

- Как медицинская информация Part 2 о вас может использоваться и раскрываться
- Ваши права в отношении вашей медицинской информации
- Как подать жалобу в связи с нарушением конфиденциальности или безопасности вашей медицинской информации либо ваших прав в отношении вашей информации

Вы имеете право получить копию данного уведомления (в бумажной или электронной форме) и обсудить его с нашим ответственным за конфиденциальность по телефону 833-718-1043 или по адресу [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org), если у вас возникнут вопросы.

Мы понимаем, что информация о вашем здоровье носит строго личный характер, и обязуемся защищать вашу конфиденциальность. Пожалуйста, внимательно прочитайте данное Уведомление о правилах конфиденциальности. В нём описано, как мы будем использовать и раскрывать вашу защищённую медицинскую информацию (**PHI**).

Закон 1996 года о переносимости и подотчётности медицинского страхования, а также Закон о медицинских информационных технологиях для экономического и клинического здоровья (содержится в разделе XIII Закона США о восстановлении и реинвестировании 2009 года) (совместно именуемые «HIPAA»), с периодически вносимыми изменениями, требуют от нас обеспечивать конфиденциальность индивидуально идентифицируемой медицинской информации пациента (эта информация является «защищённой медицинской информацией» и далее именуется «PHI»).

Мы также обязаны предоставлять пациентам Уведомление о правилах конфиденциальности в отношении PHI. Мы будем использовать или раскрывать вашу PHI только в случаях, разрешённых или требуемых применимым законодательством штата и федеральным законодательством. Данное Уведомление распространяется на вашу PHI, находящуюся под нашим контролем, включая созданные нами медицинские записи.

Данное Уведомление распространяется на оказание медицинской помощи нашей больницей и её медицинским персоналом в главной больнице, всех амбулаторных отделениях, программах лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, Part 2, и клиниках.

Данное Уведомление также распространяется на деятельность Trinity Health и нашей больницы по анализу использования медицинской помощи и оценке качества как участника Trinity Health, католической системы здравоохранения с учреждениями, расположенными в нескольких штатах США.

## **I. Разрешённое использование или раскрытие**

**A. Лечение:** Мы будем использовать и раскрывать вашу PHI для предоставления, координации или управления вашим медицинским обслуживанием и связанными услугами в целях осуществления лечения. Ниже приведены примеры того, как мы будем использовать и/или раскрывать вашу PHI:

- i. Вашему лечащему врачу, врачам-консультантам и другим поставщикам медицинских услуг, которые имеют законную необходимость в такой информации для вашего лечения и ухода.
- ii. Для координации вашего лечения (например, записи на приём) с нами и другими поставщиками медицинских услуг, используя такие данные, как имя, адрес, место работы, страховая компания и т. д.
- iii. Чтобы связаться с вами и напомнить о назначенном вам приёме для лечения или оказания медицинской помощи в наших учреждениях.
- iv. Чтобы предоставить вам информацию об альтернативных вариантах лечения или других льготах либо услугах, связанных со здоровьем.
- v. Если вы являетесь заключённым исправительного учреждения или находитесь под стражей сотрудника правоохранительных органов, мы будем раскрывать вашу PHI исправительному учреждению или сотруднику правоохранительных органов в случаях, предусмотренных законом.

**B. Лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD):** Мы предоставляем программы лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, на которые распространяется 42 CFR Part 2 («программа Part 2»). Если вы получаете такой вид помощи, вас могут попросить подписать форму общего согласия на лечение для программы Part 2. Письменное разрешение для целей лечения, оплаты и операционной деятельности может быть получено один раз и может поддерживать последующее использование вашей PHI для целей лечения, оплаты и операционной деятельности без дополнительного разрешения в соответствии с HIPAA.

- i. Если мы получаем или храним какую-либо информацию о вас из программы лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, на которую распространяется 42 CFR Part 2 («программа Part 2»), на основании единого письменного согласия, которое вы предоставляете программе Part 2 на использование и раскрытие записи программы Part 2 для целей лечения, оплаты или деятельности в сфере здравоохранения, мы также можем использовать и раскрывать вашу запись программы Part 2 для целей лечения, оплаты и деятельности в сфере здравоохранения, как описано в данном

Уведомлении.

- ii. Если мы получаем или храним вашу запись программы Part 2 на основании специального согласия, которое вы предоставляете нам или другой третьей стороне, мы будем использовать и раскрывать вашу запись программы Part 2 только в той мере, в какой вы прямо разрешили это в предоставленном нам согласии.
- iii. Ни при каких обстоятельствах мы не будем использовать или раскрывать вашу запись программы Part 2 либо свидетельские показания, описывающие информацию, содержащуюся в вашей записи программы Part 2, в каких-либо гражданских, уголовных, административных или законодательных разбирательствах, инициированных федеральными, штатными или местными органами власти против вас, если только это не разрешено вашим согласием или постановлением суда после уведомления вас о судебном постановлении.
- iv. Сбор средств. Вы имеете право потребовать исключения из участия в определённых мероприятиях по сбору средств, связанных с лечением расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ.
- v. Ваши права в отношении записей Part 2. Дополнительные права пациента, изложенные в данном Уведомлении, распространяются на всю медицинскую информацию, включая записи Part 2.

**C. Оплата:** Мы будем использовать и раскрывать PHI о вас для целей оплаты. Ниже приведены примеры того, как мы будем использовать и/или раскрывать вашу PHI:

- i. Страховой компании, стороннему плательщику, стороннему администратору, плану медицинского страхования или другому поставщику медицинских услуг (или их должным образом уполномоченным представителям) для целей оплаты, таких как определение страхового покрытия, права на получение услуг, предварительное одобрение / разрешение на лечение, выставление счетов, управление претензиями, аудит возмещений и т. д.
- ii. Коллекторским агентствам и другим третьим сторонам, участвующим в получении оплаты за оказанную помощь.

**D. Деятельность в сфере здравоохранения:** Мы будем использовать и раскрывать вашу PHI для целей деятельности в сфере здравоохранения. Ниже приведены примеры того, как мы будем использовать и/или раскрывать вашу PHI:

- i. Для ведения случаев, обеспечения качества, анализа использования, бухгалтерского учёта, аудита, планирования выписки, мероприятий в области здоровья населения, направленных на улучшение здоровья или снижение расходов на здравоохранение, образования, аккредитации, лицензирования и аттестации.
- ii. Консультантам, бухгалтерам, аудиторам, юристам, компаниям по транскрибированию, поставщикам информационных технологий и облачного хранения и т. д.

- Е. Иные виды использования и раскрытия:** в рамках лечения, оплаты и деятельности в сфере здравоохранения. Мы также можем использовать вашу PHI в следующих целях:
- i. **Мероприятия по сбору средств и маркетинговые мероприятия:** Мы будем использовать и также можем раскрывать часть вашей PHI, в том числе связанному фонду, для определённых мероприятий по сбору средств и маркетингу. Например, мы можем использовать или раскрывать ваши демографические данные, даты оказания вам медицинской помощи, информацию о лечащем враче, отделении, где оказывались услуги, и результатах лечения, а также можем обратиться к вам с просьбой о денежном пожертвовании. Любое сообщение по сбору средств и маркетингу, направленное вам, будет содержать информацию о том, как вы можете воспользоваться своим правом на отказ от получения подобных сообщений в будущем.
  - ii. **Медицинские исследования:** Мы будем использовать и раскрывать вашу PHI разрешённым образом медицинским исследователям, которые запрашивают её для утверждённых исследовательских проектов. Исследователи обязаны обеспечивать защиту всей PHI, которую они получают.
  - iii. **Мероприятия по укреплению здоровья:** Мы будем использовать и раскрывать часть вашей PHI для определённых мероприятий по укреплению здоровья. Например, ваше имя и адрес будут использоваться для отправки вам общего информационного бюллетеня или конкретной информации, основанной на ваших собственных проблемах со здоровьем.
  - iv. **Искусственный интеллект:** Мы используем технологии для поддержки ухода и лечения, которые могут использовать искусственный интеллект (AI). Технологии искусственного интеллекта используют информацию для обучения и улучшения функциональности AI. Наши технологические партнёры, включая партнёров с технологиями AI, обязаны сохранять конфиденциальность информации в соответствии с применимым законодательством.
  - v. **Обезличенная информация:** Мы можем использовать и раскрывать информацию, которая была обезличена, то есть не включает ваше имя, адрес или иные индивидуальные данные, которые могли бы напрямую вас идентифицировать, в соответствии с федеральным законодательством. После того как ваша информация была обезличена, она больше не считается защищённой медицинской информацией в соответствии с HIPAA и не подлежит тем же мерам защиты конфиденциальности.
- Ф. Более строгие законы:** законы штата, в котором вы проживаете, могут быть в ряде аспектов более строгими, чем HIPAA. Мы будем продолжать соблюдать эти более строгие законы штата.
- i. **Более строгие законы штата:** Закон штата является более строгим, когда лицо имеет право на более широкий доступ к записям, чем предусмотрено HIPAA. Закон штата также является более строгим, когда записи получают большую

защиту от раскрытия по закону штата, чем по HIPAA. В случаях, когда мы оказываем лечение пациенту, проживающему в соседнем штате, мы будем соблюдать более строгий применимый закон штата.

**G. Обмен медицинской информацией:** Мы передаём ваши медицинские записи в электронном или ином виде через системы обмена медицинской информацией ("HIEs"), которые обмениваются медицинскими записями с другими HIEs. Мы также используем технологию обмена данными (например, службы прямого обмена сообщениями, поставщика услуг медицинской информации ("HISP") и порталы поставщиков) вместе с её электронной медицинской картой ("EHR") для передачи ваших медицинских записей в разрешённых целях, включая непрерывность ухода и лечения. HIEs и технологии обмена данными позволяют обмениваться вашими медицинскими записями для повышения качества оказываемых медицинских услуг. Передаваемые медицинские записи будут включать, если применимо, чувствительные диагнозы, такие как ВИЧ/СПИД, заболевания, передающиеся половым путём, генетическая информация, психическое здоровье, а также расстройства, связанные с употреблением алкоголя/психоактивных веществ. Поставщики HIEs и технологий обмена данными действуют как наши деловые партнёры и, действуя от нашего имени, будут передавать, поддерживать и хранить вашу PHI для целей лечения, оплаты и деятельности в сфере здравоохранения, а также иных разрешённых целей. HIEs и технологии обмена данными обязаны внедрять административные, физические и технические меры защиты, обеспечивающие конфиденциальность и целостность вашей медицинской информации. Применимое законодательство может предоставить вам право ограничить участие в HIE, подключиться к нему или отказаться от него. Для получения дополнительной информации свяжитесь с нашим ответственным за конфиденциальность по телефону 833-718-1043, или вы можете написать нам по адресу [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org).

## II. Разрешённое использование или раскрытие с возможностью вашего согласия или возражения

**A. Семья/друзья:** Мы будем раскрывать PHI о вас другу или члену семьи, который участвует в вашем лечении или оплачивает его. Вы имеете право потребовать, чтобы ваша PHI не передавалась. Кроме того, мы будем раскрывать PHI о вас организации, участвующей в оказании помощи при чрезвычайных ситуациях, чтобы ваша семья могла быть уведомлена о вашем состоянии, статусе и местонахождении.

**B. Больничный справочник:** Мы можем включать определённую информацию о вас в справочник, когда вы являетесь пациентом больницы. Эта информация будет включать ваше имя, местонахождение, ваше общее состояние (например, удовлетворительное, стабильное, критическое и т. д.) и вашу религиозную принадлежность. Информация из справочника, за исключением вашей религиозной принадлежности, будет раскрываться людям, которые спрашивают о вас по имени. Вы имеете право потребовать, чтобы ваше имя не включалось в наш справочник. Если вы потребуете исключить вас из справочника, мы не сможем сообщать посетителям о вашем присутствии, местонахождении или общем состоянии.

- C. Духовная помощь:** Информация из справочника, включая вашу религиозную принадлежность, будет предоставляться представителю духовенства, даже если он не спрашивает о вас по имени. Специалисты по духовной помощи являются членами медицинской команды и могут участвовать в обсуждении вашего лечения. Вы имеете право потребовать, чтобы ваше имя не передавалось представителям духовенства.
- D. Сообщения в СМИ:** Мы будем предоставлять СМИ информацию из справочника учреждения (за исключением религиозной принадлежности), если СМИ запрашивают информацию о вас, используя ваше имя. Обратите внимание, что вы можете отказаться от включения в справочник.

### III. Использование или раскрытие, требующее вашего разрешения

- A. Маркетинг:** За некоторыми ограниченными исключениями, требуется ваше письменное разрешение в случаях, когда мы получаем какое-либо прямое или косвенное финансовое вознаграждение в обмен на направление вам сообщения, побуждающего вас приобрести продукт или услугу, либо на раскрытие третьей стороне, которая хочет продвигать вам свои продукты или услуги.
- B. Исследования:** Мы будем получать ваше письменное разрешение на использование или раскрытие вашей PHI и/или образцов тканей в исследовательских целях, когда этого требуют HIPAA или законы и нормативные акты о клинических исследованиях.
- C. Записи психотерапии:** Большинство случаев использования и раскрытия записей психотерапии требуют вашего письменного разрешения.
- D. Консультационные записи SUD Part 2:** Мы обязаны получить ваше отдельное письменное согласие до раскрытия любых консультационных записей SUD, которые могут содержаться в вашей записи Part 2, если иное не разрешено Part 2. Разрешение на раскрытие консультационных записей SUD не может и не будет объединяться с каким-либо иным разрешением.
- E. Продажа PHI:** За некоторыми ограниченными исключениями, раскрытие информации, представляющее собой продажу PHI, требует вашего письменного разрешения.
- F. Иные виды использования и раскрытия:** Любые иные виды использования или раскрытия PHI, не описанные в данном Уведомлении о правилах конфиденциальности, могут потребовать вашего письменного разрешения (если это не разрешено HIPAA). Письменные разрешения будут информировать вас о том, почему мы используем вашу PHI. Вы имеете право отозвать разрешение в любое время.

### IV. Использование или раскрытие, разрешённое или требуемое государственной политикой или законом без вашего разрешения

- A. Правоохранительные цели:** Мы можем раскрывать вашу PHI для правоохранительных целей в случаях, разрешённых законом, например для

установления личности подозреваемого в преступлении или пропавшего лица либо для предоставления информации о жертве преступления или преступном деянии, затрагивающем вас.

- В. Требуется законом:** Мы будем раскрывать PHI о вас, когда этого требует федеральный закон, закон штата или местный закон. Примеры включают раскрытие информации в ответ на судебное постановление / повестку, обязательную отчётность по законам штата (например, об огнестрельных ранениях, жертвах жестокого обращения с детьми или пренебрежения), государственные расследования или информацию, необходимую для соблюдения других законов, таких как законы о компенсации работникам или аналогичные законы. Мы будем сообщать правоохранительным и регулирующим органам о незаконном перенаправлении лекарственных средств и информации, связанной с мошеннической деятельностью в отношении рецептов.
- С. Надзор в области общественного здравоохранения или безопасность:** Мы будем использовать и раскрывать PHI для предотвращения серьёзной угрозы здоровью и безопасности человека или общества. Примеры включают раскрытие PHI государственным следователям по вопросам качества медицинской помощи или органам общественного здравоохранения по вопросам вакцинации, инфекционных заболеваний и т. д. Мы будем использовать и раскрывать PHI для деятельности, связанной с качеством, безопасностью или эффективностью продуктов или видов деятельности, регулируемых Food and Drug Agency, включая сбор и сообщение о нежелательных явлениях, отслеживание и содействие в отзыве продукции и т. д.
- Д. Коронеры, судебно-медицинские эксперты, директора похоронных бюро:** Мы будем раскрывать вашу PHI коронеру или судебно-медицинскому эксперту. Например, это может быть необходимо для установления личности умершего лица или определения причины смерти. Мы также можем раскрывать вашу медицинскую информацию директорам похоронных бюро по мере необходимости для выполнения ими своих обязанностей.
- Е. Заготовка органов:** Мы будем раскрывать PHI организации или учреждению по заготовке органов для целей донорства органов, глаз или тканей.
- Ф. Специальные государственные функции:** Мы будем раскрывать вашу PHI в связи с такими государственными функциями, как военная служба, национальная безопасность и разведывательная деятельность. Мы будем использовать или раскрывать PHI Министерству по делам ветеранов для определения того, имеете ли вы право на определённые льготы.
- Г. Иммунизация:** Мы будем раскрывать подтверждение иммунизации учебному заведению, если этого требует закон штата или иной аналогичный закон до зачисления учащегося.

## **V. Ваши права в отношении медицинской информации**

Вы имеете следующие индивидуальные права в отношении вашей PHI, включая записи Part 2:

**A. Право на ознакомление и получение копии:** За некоторыми ограниченными исключениями, вы имеете право на доступ к вашей PHI, а также на ознакомление и получение копии вашей PHI, пока мы храним эти данные.

Если мы откажем в вашем запросе на доступ к вашей PHI, мы письменно уведомим вас о причине отказа. Например, вы не имеете права на доступ к записям психотерапии или на ознакомление с информацией, доступ к которой запрещён законом. У вас может быть право на пересмотр этого решения.

Вы также имеете право запросить вашу PHI в электронном формате в случаях, когда Мы используем электронные медицинские записи.

С вас будет взиматься разумная плата за копирование в соответствии с применимым федеральным законодательством или законодательством штата.

Для вашего удобства часть вашей PHI будет доступна в пациентском портале. Доступ к дополнительной PHI предоставляется по запросу на доступ.

**B. Право на внесение исправлений:** Вы имеете право вносить исправления в вашу PHI, пока мы храним эти данные. Вы должны направить свой запрос на внесение исправлений в вашу PHI в письменной форме по адресу [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org) или нашему ответственному за конфиденциальность системы по адресу 20555 Victor Parkway, Livonia, MI 48152, указав причину, обосновывающую запрашиваемое исправление.

Однако мы откажем в вашем запросе на внесение исправлений, если:

- i. Мы не создавали эту информацию
- ii. Эта информация не является частью установленного набора записей
- iii. Эта информация не подлежит вашему ознакомлению (в силу её состояния или характера)
- iv. Эта информация является точной и полной.

Если в вашем запросе на внесение изменений в вашу PHI будет отказано, Ответственный за конфиденциальность письменно уведомит вас о причине отказа. Ответственный за конфиденциальность также проинформирует вас о вашем праве представить письменное заявление о несогласии с отказом. Вы можете потребовать, чтобы мы включали ваш запрос на внесение исправлений и отказ каждый раз, когда впоследствии раскрываем информацию, которую вы хотели изменить. Мы можем подготовить ответ на ваше заявление о несогласии и предоставим вам копию этого ответа.

**C. Право на учёт раскрытий:** Вы имеете право получить учёт раскрытий вашей PHI, которые были нами произведены, за исключением следующих раскрытий:

- i. Для осуществления лечения, оплаты или деятельности в сфере здравоохранения;
- ii. Вам;
- iii. Лицам, участвующим в вашем лечении;
- iv. В целях национальной безопасности или разведки; или
- v. Исправительным учреждениям или должностным лицам правоохранительных органов.

Вы должны направить свой запрос на предоставление учёта раскрытий вашей PHI в письменной форме нашему ответственному за конфиденциальность по адресу [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org) 20555 Victor Parkway, Livonia, MI 48152.

Вы должны указать период, за который требуется учёт, который не может превышать 6 лет. Один раз в течение любого 12-месячного периода мы предоставим вам учёт раскрытий вашей PHI бесплатно. Любые дополнительные запросы на предоставление учёта в течение этого периода будут облагаться разумной платой за его подготовку.

- D. Право запрашивать ограничения:** Вы имеете право запрашивать ограничения на определённые виды использования и раскрытия вашей PHI для осуществления функций лечения, оплаты или деятельности в сфере здравоохранения либо на запрет такого раскрытия. Однако мы рассмотрим ваш запрос, но не обязаны соглашаться на запрошенные ограничения.
- E. Право запрашивать ограничения в отношении плана медицинского страхования:** Вы имеете право запросить ограничение на раскрытие вашей PHI плану медицинского страхования (для целей оплаты или деятельности в сфере здравоохранения) в случаях, когда вы полностью оплатили полученные товары или оказанные услуги из собственных средств. Такие запросы будут удовлетворяться.
- F. Право на конфиденциальные сообщения:** Вы имеете право получать конфиденциальные сообщения, касающиеся вашей PHI, альтернативными способами или в альтернативных местах. Например, вы можете попросить нас связываться с вами только по месту работы или по почте. Если вы предоставили свой адрес электронной почты, мы можем связываться с вами по этому адресу, если только вы не запросите иной способ связи.
- G. Право получить копию данного Уведомления:** Вы имеете право по запросу получить бумажную копию данного Уведомления о правилах конфиденциальности.

## VI. Нарушение безопасности незащищённой PHI

Если произойдёт нарушение безопасности незащищённой PHI, затрагивающее вас, мы обязаны уведомить вас об этом нарушении. Такое уведомление может быть направлено от нашего имени нашим деловым партнёром.

## **VII. Совместное использование и совместное применение вашей медицинской информации**

Участники Trinity Health и медицинский персонал используют вашу PHI для лечения, оплаты и/или для деятельности в сфере здравоохранения, разрешённой HIPAA, в отношении наших общих пациентов. Оказывая вам помощь и в рамках нашей миссии по улучшению здоровья населения, мы будем передавать вашу PHI другим организациям и поставщикам услуг, которые согласились соблюдать изложенные ниже условия:

- A. Медицинский персонал:** Медицинский персонал и участники Trinity Health совместно участвуют в организованной системе оказания медицинской помощи для предоставления вам медицинской помощи. Мы согласились соблюдать условия данного Уведомления в отношении PHI, созданной или полученной в рамках оказания вам медицинской помощи. Мы будем получать доступ к PHI и использовать её для выполнения нашей благотворительной миссии, включая оценку и повышение качества медицинской помощи.
- B. Участие в Trinity Health:** Мы и другие участники Trinity Health совместно участвуем в организованной системе оказания медицинской помощи для анализа использования, оценки качества и связанной с этим деятельности. В составе Trinity Health, национальной католической системы здравоохранения, которая включает другие больницы, дома престарелых и поставщиков медицинских услуг, мы передаём вашу PHI для анализа использования, оценки качества и связанной с этим деятельности Trinity Health, материнской компании, и её участников. Все участники Trinity Health согласились соблюдать условия данного Уведомления в отношении PHI, созданной или полученной в рамках деятельности по анализу использования и оценке качества.

Пожалуйста, посетите веб-сайты Trinity Health, чтобы ознакомиться со списком организаций-участников, по адресу <http://www.trinity-health.org>. Или, в качестве альтернативы, вы можете позвонить нашему Ответственному за конфиденциальность, чтобы запросить ту же информацию, по телефону 833-718-1043 или вы можете написать нам по адресу [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org).

- C. Деловые партнёры:** Мы будем передавать вашу PHI деловым партнёрам и их субподрядчикам, привлечённым для выполнения деловых функций от нашего имени, включая Trinity Health, которая выполняет определённые деловые функции для наших участников.
- D. Ваши поставщики медицинских услуг и координаторы ухода:** Вы получаете помощь в интегрированной системе оказания помощи, где пациентов принимают разные поставщики услуг и в разных условиях оказания помощи в рамках непрерывности и координации медицинской помощи. Мы передаём вашу PHI другим поставщикам медицинских услуг и координаторам ухода, которые совместно обеспечивают лечение, получение оплаты и ведение деятельности в сфере здравоохранения. Ваша PHI передаётся в электронном виде различными способами поставщикам услуг, участвующим в оказании и координации помощи. Ваша PHI может передаваться через прямое подключение к системе электронных медицинских записей других поставщиков услуг. Ваша PHI может передаваться через систему обмена медицинской информацией или посредством технологии, позволяющей последующим поставщикам услуг и координаторам ухода получать вашу

информацию. Ваша PHI может передаваться по защищённым каналам во входящие ящики других поставщиков услуг.

#### **VIII. Изменения в данном Уведомлении**

Мы будем соблюдать условия Уведомления, действующего в настоящее время. Мы оставляем за собой право вносить существенные изменения в условия данного Уведомления и делать положения нового Уведомления применимыми ко всей PHI, которую мы храним. Мы предоставим / вручим вам пересмотренное Уведомление при вашем первом посещении после пересмотра Уведомления — в случаях, когда в Уведомление были внесены существенные изменения. Вы также можете в любое время запросить действующую копию Уведомления. Актуальные копии размещены на интернет-сайтах участников Trinity Health.

**Жалобы:** Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены, вы можете подать жалобу нашему Ответственному за конфиденциальность или Секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб. Жалобы также можно направить нам по адресу [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org), по телефону 833-718-1043 или нашему ответственному за конфиденциальность системы по адресу 20555 Victor Parkway, Livonia, MI 48152.

#### ***IX. Вы не будете подвергаться каким-либо мерам воздействия за подачу жалобы.***

Ответственный за конфиденциальность – вопросы / замечания / дополнительная информация: Если у вас есть какие-либо вопросы, замечания или вы хотите получить дополнительную информацию по вопросам, охватываемым данным Уведомлением о правилах конфиденциальности, пожалуйста, свяжитесь с нашим ответственным за конфиденциальность по телефону 833-718-1043, или вы можете написать по адресу [privacyofficer@trinity-health.org](mailto:privacyofficer@trinity-health.org).