

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОБРАЩЕНИЯ С КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (Russian)

A. ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ ОБЪЯСНЯЕТ КАКИМ ОБРАЗОМ ВАША ИНФОРМАЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И РАСКРЫТА, А ТАКЖЕ ОПИСАНИЕ ТОГО, КАКИМ ОБРАЗОМ ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧИТАЙТЕ ЭТОТ ДОКУМЕНТ ВНИМАТЕЛЬНО. Данное Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией (Уведомление) относится ко всей информации о лечении, которое вы получаете в учреждениях, перечисленных ниже:

- Система здравоохранения Мичиганского университета (UMHS), которая включает в себя наши госпитали, врачей, медицинские услуги на дому, фармакологические и лабораторные услуги и другие относящиеся сюда учреждения, предоставляющие медицинские услуги
- Отделения Мичиганского университета, которые предоставляют медицинские услуги (учреждения Мичиганского университета, предоставляющие медицинские услуги), такие, как Университетская медицинская служба, Школа стоматологии Мичиганского университета и т. д.
- UMHS и партнерские программы в сфере медицинских услуг, в которых UMHS принимает участие в мероприятиях по улучшению и оценке качества участников программы партнерства, в котором организации, предоставляющие медицинские услуги, совместно работают с целью улучшения качества вашего обслуживания. Примеры Партнерских программ, в которых UMHS принимает участие, можно найти по адресу <http://www.uofmhealth.org/patient+and+visitor+guide/ocha>

В дополнение к сказанному выше, данное Уведомление относится к другим отделениям Мичиганского университета, которые поддерживают работу в области здравоохранения UMHS и учреждениям Мичиганского университета, предоставляющим медицинские услуги. Все эти организации могут использовать вашу информацию и делиться ею для лечения, оплаты или работы в области здравоохранения, как описано в данном Уведомлении.

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. This Notice of Privacy Practices (Notice) applies to all information about care that you receive from the following:

- University of Michigan Health System (UMHS) which includes our hospitals, doctors, home health services, pharmacy services, laboratory services, and other related health care providers
- Portions of the University of Michigan that provide health care services (UM Providers) such as University Health Service, the University of Michigan School of Dentistry, etc.
- UMHS and its organized health care arrangements where the UMHS participates in quality improvement and assessment activities as part of an organized health care arrangement where the providers work jointly to help improve the quality of your care. Examples of current Organized Health Care Arrangements in which the UMHS participates are available at <http://www.uofmhealth.org/patient+and+visitor+guide/ocha>

In addition to the above, this Notice applies to other portions of the University of Michigan that support the health care activities of UMHS and the UM providers. All of these entities may use and share your health information for treatment, payment or health care operations as described in this Notice.

B. МЫ ДОЛЖНЫ ОХРАНЯТЬ ВАШУ ЗАЩИЩЕННУЮ (ЗАКОНОМ) ИНФОРМАЦИЮ О ЗДОРОВЬЕ.

Нашей целью является защита конфиденциальности вашей информации о здоровье, которая называется «защищенная (законом) информация о здоровье» или «PHI». Защищенная информация о здоровье – это информация, которая может быть использована для того, чтобы идентифицировать вас. Это созданная нами или полученная нами информация о вашем прошлом, настоящем или будущем состоянии здоровья или заболевании, о предоставлении вам медицинских услуг или об оплате медицинских услуг, которые были вам предоставлены. Мы обязаны предоставить это уведомление для того, чтобы объяснить наш порядок обращения с конфиденциальной информацией, а также то, как, когда и почему мы используем и раскрываем вашу защищенную информацию о здоровье. Нам не разрешено использование или раскрытие вашей защищенной информации о здоровье в большей мере, чем требуется для выполнения задачи, с которой связано использование или раскрытие информации, хотя существуют некоторые исключения. По закону мы обязаны следовать порядку обращения с конфиденциальной информацией, описанному в данном Уведомлении, и сообщить вам о нарушениях хранения вашей защищенной информации о здоровье.

WE ARE REQUIRED TO SAFEGUARD YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI).

We are committed to protecting the privacy of your health information, called “protected health information” or “PHI”. PHI is information that can be used to identify you that we have created or received about your past, present, or future health or condition, the provision of health care to you, or payment for health care provided to you. We are required to provide you with this notice to explain our privacy practices and how, when, and why we use and disclose your PHI. In general, we may not use or disclose any more of your PHI than is necessary to accomplish the purpose of the use or disclosure, although there are some exceptions. We are legally required to follow the privacy practices described in this notice and notify you following a breach of your unsecured PHI.

C. КАК МЫ ИСПОЛЬЗУЕМ И РАСКРЫВАЕМ ВАШУ ЗАЩИЩЕННУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ЗДОРОВЬЕ. Мы используем и раскрываем вашу защищенную информацию о здоровье по разным причинам, некоторые из которых требуют вашего специального предварительного разрешения. Ниже описаны различные категории случаев использования или раскрытия информации. В каждой категории также приведены примеры.

HOW WE USE AND DISCLOSE YOUR PHI. We use and disclose PHI for different reasons, and some require your prior specific authorization. The different categories of our uses and disclosures are described below, with examples of each.

1. Использование и раскрытие информации в связи с лечением, оплатой или работой в области здравоохранения, для которых не требуется ваше согласие.

1.1. Для лечения Мы можем использовать вашу защищенную информацию о здоровье и раскрывать ее врачам, медсестрам, студентам медицинских факультетов и другому медицинскому персоналу, которые предоставляют вам медицинские услуги или принимают участие в вашем лечении. Например, если вы проходите лечение из-за травмы колена, мы можем раскрыть вашу защищенную информацию о здоровье специалисту по лечебной физкультуре для того, чтобы скоординировать ваше лечение.

1.2. Для получения оплаты Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную информацию о здоровье для выставления счета и получения платежа за оказанные вам медицинские услуги. Например, наше отделение по выставлению счетов может использовать часть вашей защищенной информации о здоровье и раскрыть ее вашей страховой компании.

1.3. Для работы в области здравоохранения. Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную информацию о здоровье для проведения работы в наших госпиталях, клиниках и других учреждениях, оказывающих медицинские услуги. Например, мы можем использовать вашу защищенную информацию о здоровье для того, чтобы проверить уровень медицинского обслуживания, которое было вам предоставлено, или для того, чтобы оценить уровень работы сотрудников и процессов, вовлеченных в ваше обслуживание. Мы также можем передать вашу защищенную информацию о здоровье отделением Мичиганского университета и нашим партнерам по бизнесу для поддержания нашей работы в сфере здравоохранения, например, нашим бухгалтерам, юристам, консультантам и другим компаниям. Другие примеры включают в себя образовательные программы, разрешение внутренних жалоб, бизнес-планирование, развитие и управление, административную деятельность, включая управление системами данных и информации, а также консолидацию с другими учреждениями, предоставляющими услуги.

Uses and Disclosures Relating to Treatment, Payment or Health Care Operations Do Not Require Your Consent.

1.1. For Treatment. We may use and disclose your PHI to physicians, nurses, medical students and other health care personnel who provide health care services to you or who are involved in your care. For example, if you are treated for a knee injury, we may disclose your PHI to the physical therapy provider to coordinate your care.

1.2. To Obtain Payment. We may use and disclose your PHI to bill and collect payment for the health care services provided to you. For example, our billing department may use some of your PHI and disclose it to your health plan for payment.

1.3. For Health Care Operations. We may use and disclose your PHI to operate our hospitals, clinics and other health care service facilities. For example, we may use your PHI to review the care provided to you or to evaluate the performance of the health care professionals and processes involved in your care. We may also provide your PHI to University of Michigan units and our business associates that support our health care operations, such as our accountants, attorneys, consultants and other companies. Other examples include educational programs, resolution of internal grievances, business planning, development and management, administrative activities, including data and information systems management, and consolidations with other providers.

2. Другие категории случаев использования и раскрытия информации, для которых НЕ ТРЕБУЕТСЯ ВАШЕ СОГЛАСИЕ. Мы также можем использовать и раскрывать вашу защищенную информацию о здоровье в следующих случаях:

2.1. Когда раскрытия информации требует федеральный закон, закон штата или местный закон, судебное или административное разбирательство или правоохранение. Например, мы раскрываем информацию в тех случаях, когда по закону мы обязаны сообщить правительственным органам и сотрудникам правоохранительных органов информацию о жертвах насилия, отсутствия заботы или насилия в семье; в случаях ранений от огнестрельного оружия или других ран или по приказу, связанному с судебным или административным разбирательством.

2.2. Для деятельности, связанной с общественным здравоохранением Например, мы должны направлять отчеты представителям правительства, ответственным за сбор определенной информации, связанной с рождаемостью, смертью и некоторыми заболеваниями и инфекциями. Мы также сообщаем коронарам, патологоанатомам и сотрудникам бюро похоронных услуг необходимую информацию относительно смерти человека. Кроме этого, по закону штата Мичиган, мы обязаны сообщать информацию о пациенте с некоторыми заболеваниями, такими, как ВИЧ / СПИД и рак, в центральные реестры; мы также обязаны сообщать информацию об иммунизации. Также, мы можем раскрывать защищенную информацию о здоровье производителям лекарственных препаратов, биопрепаратов, приборов и другой продукции, регулируемой Управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов США в тех случаях, когда информация имеет отношение к их качеству, безопасности или эффективности. Защищенная информация о здоровье также может быть раскрыта некоторым лицам, вступающим в контакт с контагиозными (заразными) заболеваниями, а также сотрудникам в связи с техникой безопасности на рабочем месте или в связи с делами по выплате компенсаций служащим, получившим травмы на работе.

2.3. Для деятельности, связанной с контролем за здоровьем. Например, мы передаем информацию представителям властей для проведения расследования или инспекции лица или учреждения, предоставляющего медицинские услуги.

2.4. Для целей донорства/ пожертвования органов. Мы можем предоставлять информацию организациям, занимающимся заготовкой, хранением органов и снабжением органами, для оказания помощи в донорстве и пересадке/ трансплантации органов, глаз или тканей.

2.5. Для исследовательских целей. В определенных обстоятельствах мы можем использовать или передавать защищенную информацию о здоровье для проведения исследования. Такие исследования обычно подлежат надзору со стороны экспертного совета организации. В большинстве случаев, не смотря на то, что защищенная информация о здоровье может быть использована для подготовки исследовательского проекта или для того, чтобы связаться с вами и узнать, хотите ли вы принимать участие в исследовании, без вашего разрешения эта информация не будет раскрыта в дальнейшем. Однако, в тех случаях, когда это разрешено федеральным законодательством, правилами организации и одобрено экспертным советом организации или комиссией по вопросам конфиденциальности, защищенная информация о здоровье может быть использована или раскрыта в дальнейшем. Кроме этого, защищенная информация о здоровье может быть использована и раскрыта для исследования как «ограниченные или лишенные идентификационных признаков наборы данных», которые не содержат ваше имя, адрес или другие признаки, прямо идентифицирующие вас.

2.6. Для избежания ущерба. Для того, чтобы избежать серьезной угрозы здоровью или безопасности отдельного лица или общества, мы можем передать защищенную информацию о здоровье сотрудникам правоохранительных органов или лицам, способным предотвратить или уменьшить возможный ущерб.

2.7. Для определенных правительственных функций. Мы можем раскрыть защищенную информацию о здоровье военнослужащих или ветеранов в определенных ситуациях. Также, мы можем раскрывать защищенную информацию о здоровье в целях государственной безопасности, таких, как защита президента Соединенных Штатов или проведение разведывательных операций.

2.8. Для целей, связанных с компенсациями в связи с травмами на производстве Мы можем передавать защищенную информацию о здоровье для соблюдения законов по компенсациям в связи с производственными травмами.

2.9. Для того, чтобы напомнить о назначенных приемах, а также для предоставления льгот или услуг, связанных со здоровьем. Мы можем использовать защищенную информацию о здоровье для того, чтобы напомнить о назначенных приемах. Мы также можем дать вам информацию об альтернативных видах лечения или других медицинских услугах или льготах, которые мы предоставляем.

2.10. Для деятельности по сбору пожертвований Мы можем использовать защищенную информацию о здоровье для того, чтобы собирать пожертвования для нашей организации. Вы имеете право отказаться от получения сообщений о сборах пожертвований.

Certain Other Uses and Disclosures That Do Not Require Your Consent. We may also use and disclose your PHI:

2.1. When disclosure is required by federal, state or local law, judicial or administrative proceedings, or law enforcement. For example, we make disclosures when a law requires that we report information to government agencies and law enforcement personnel about victims of abuse, neglect or domestic violence, when dealing with gunshot and other wounds, or when ordered in a judicial or administrative proceeding.

2.2. For public health activities. For example, we must report to government officials in charge of collecting specific information related to births, deaths, and certain diseases and infections. Also, we provide coroners, medical examiners and funeral directors necessary information relating to an individual's death. Additionally, under Michigan law we are required to report information about patients with certain conditions, such as HIV/AIDS and cancer, to central registries; we also are required to report information about immunizations. We also may disclose PHI to manufacturers of drugs, biologics, devices, and other products regulated by the federal Food and Drug Administration when the information is related to their quality, safety, or effectiveness. PHI also may be disclosed to certain people exposed to communicable diseases and to employers in connection with occupational health and safety or worker's compensation matters.

2.3. For health oversight activities. For example, we will provide information to government officials to conduct an investigation or inspection of a health care provider or organization.

2.4. For purposes of organ donation. We may provide information to organ procurement organizations to assist them in organ, eye or tissue donation and transplants.

2.5. For research purposes. In certain circumstances, we may use or provide PHI to conduct research. This research generally is subject to oversight by an institutional review board. In most cases, while PHI may be used to help prepare a research project or to contact you to ask whether you want to participate in a study, it will not be further disclosed for research without your authorization. However, where permitted under federal law, institutional policy and approved by an institutional review board or a privacy board, PHI may be further used or disclosed. In addition, PHI may be used or disclosed for research as "limited or de-identified data sets" which do not include your name, address or other direct identifiers.

2.6. To avoid harm. To avoid a serious threat to the health or safety of a person or the public, we may provide PHI to law enforcement personnel or persons able to prevent or lessen the potential harm.

2.7. For specific government functions. We may disclose the PHI of military personnel and veterans in certain situations. We also may disclose PHI for national security purposes, such as protecting the president of the United States or conducting intelligence operations.

2.8. For workers' compensation purposes. We may provide PHI to comply with workers' compensation laws.

2.9. To provide appointment reminders and health-related benefits or services. We may use PHI to provide appointment reminders. We may also give you information about treatment alternatives, or other health care services or benefits we provide.

2.10. For fundraising activities. We may use PHI to raise funds for our organization. You have the right to opt out of receiving fundraising communications.

3. Виды использования и раскрытия информации, против которых вы можете возразить

3.1. Справочно-информационная услуга о пациентах. Мы можем указать ваше имя, общее состояние здоровья, местонахождение в Системе здравоохранения Мичиганского университета и религиозную принадлежность (если таковая существует) в нашей информации о пациентах для использования духовными лицами и другими людьми, которые будут спрашивать о вас по имени. Вы можете наложить полный или частичный запрет на передачу этой информации во время госпитализации.

3.2. Раскрытие информации членам семьи, друзьям или другим лицам Мы можем сообщить вашу защищенную информацию о здоровье члену семьи, другу или другим лицам, принимающим участие в вашем лечении или несущим ответственность за оплату вашего лечения, если только вы не возразите против этого в целом или частично.

3.3. Обмен информацией о здоровье. Мы можем сделать вашу защищенную информацию о здоровье доступной в электронном виде для других учреждений или лиц, предоставляющих медицинские услуги, страховых компаний, предоставляющих услуги медицинского страхования, а также для медицинских расчетных палат. Участие в обмене информацией о здоровье позволяет нам также видеть информацию о вас, собранную вышеперечисленными лицами и организациями, что помогает нам в предоставлении вам медицинских услуг. Вы имеет право отказаться от участия в

таких инициативах. Для этого вам нужно обратиться к человеку, указанному в конце настоящего Уведомления.

Uses and Disclosures to Which You Have an Opportunity to Object.

3.1. Patient directories. We may include your name, general condition, location in a UMHS facility, and religious affiliation (if any) in our patient directory for use by clergy and others who ask for you by name, unless you object in whole or in part when you are admitted to our facilities.

3.2. Disclosure to family, friends, or others. We may provide your PHI to a family member, friend or other persons who are involved in your care or responsible for the payment for your health care, unless you object in whole or in part.

3.3. Health Information Exchanges. We may make your PHI available electronically through health information exchanges (HIEs) to other health care providers, health plans and health care clearinghouses. Participation in HIEs also lets us see their information about you which helps us provide care to you. You have the right to opt out of participating in such efforts by contacting the person listed at the end of this notice.

- 4. Применимое законодательство Мичигана.** Использование или раскрытие нами защищенной информации о здоровье должно соответствовать не только нормам федерального права о конфиденциальности, но и применимому федеральному законодательству, а также законодательству Мичигана. Мичиганское законодательство и/или нормы федерального права налагают определенные дополнительные ограничения на использование и раскрытие защищенной информации о здоровье, касающейся психического здоровья, злоупотребления веществами, ВИЧ / СПИДа, а также определенной генетической информации. В некоторых случаях от вас может потребоваться специальное разрешение.

Applicable Michigan Law. Our use and disclosure of PHI must comply not only with federal privacy regulations but also with applicable Federal and Michigan law. Michigan law and/or Federal Regulations place certain additional restrictions on the use and disclosure of PHI for mental health, substance abuse, HIV/AIDS conditions, and certain genetic information. In some instances, your specific authorization may be required.

- 5. Во всех остальных случаях для использования и раскрытия вашей информации требуется ваше заблаговременное разрешение в письменном виде** В ситуациях, не охваченных настоящим Уведомлением, необходимо ваше письменное разрешение прежде, чем ваша защищенная информация о здоровье будет использована или раскрыта. К таким ситуациям относятся: большинство случаев использования и раскрытия записей о психотерапии (если такие записи ведутся или хранятся у нас), получающий финансовую поддержку маркетинг продуктов или услуг третьей стороны, а также продажа защищенной информации о здоровье, если это не оговорено по закону. Ваше разрешение всегда может быть отозвано в письменном виде (но этот отзыв не будет иметь силы в случаях раскрытия информации, которые произошли ранее на основании вашего изначального разрешения).

All Other Uses and Disclosures Require Your Prior Written Authorization. In situations that are not covered by this Notice, your written authorization is needed before using or disclosing your PHI, including most uses and disclosures of psychotherapy notes (if recorded or maintained by us), financially-supported marketing of 3rd party products or services, and the sale of PHI, unless otherwise specified by law. Your authorization can always be revoked in writing (but it would not apply to prior disclosures made based on your initial authorization).

D. ВАШИ ПРАВА ПО ОТНОШЕНИЮ К ЗАЩИЩЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ. По отношению к вашей защищенной информации о здоровье у вас есть следующие права:

YOUR RIGHTS REGARDING YOUR PHI. You have the following rights with respect to your PHI:

- 1. Право запросить наложение ограничений на использование и раскрытие вашей защищенной информации о здоровье.** Вы имеете право направить нам запрос об ограничении того, как мы используем и раскрываем вашу защищенную информацию о здоровье для лечения, оплаты или работы органов здравоохранения. Эта просьба должна быть направлена в письменном виде. Мы не обязаны давать согласие на ваш запрос об ограничении, однако, если мы согласимся, мы будем следовать нашему соглашению, за исключением экстренных ситуаций или тех случаев, когда по закону требуется или разрешается использование и раскрытие защищенной информации. Однако, мы обязаны дать согласие на письменный запрос об ограничении раскрытия вашей защищенной информации о здоровье медицинской страховой компании, если информация раскрывается для оплаты или медицинских нужд и если закон не требует иного, и если ваша защищенная медицинская

информация относится только к медицинскому продукту или услугам, за которые вы заплатили полностью и самостоятельно. Вы также можете попросить нас ограничить раскрытие защищенной информации о Вашем здоровье членам семьи, другим родственникам или близким друзьям, принимающим участие в вашем лечении и уходе или в оплате.

The Right to Request Restrictions on Uses and Disclosures of Your PHI. You have the right to ask us to limit how we use and disclose your PHI for treatment, payment or health care operations. This request must be in writing. We are not required to agree to your restriction request, but if we do, we will honor our agreement except in cases of an emergency or in cases where we are legally required or allowed to make a use or disclosure. We are required, however, to agree to a written request to restrict disclosure of your PHI to a health plan if the disclosure is for payment or health care operations and is not otherwise required by law, and your PHI pertains solely to a health care item or service for which you have paid in full and out of pocket. Also, you may request us to limit PHI disclosures to family members, other relatives, or close friends involved in your care or payment for it.

- 2. Право запросить конфиденциальный способ связи в отношении защищенной информации о вашем здоровье.** Вы можете направить запрос в письменном виде о том, чтобы информация была отправлена вам определенным способом или по определенному адресу. Например, вы можете направить запрос о том, чтобы мы отправили защищенную информацию о здоровье на абонентный ящик, а не на ваш домашний адрес. Мы должны согласиться на вашу просьбу, если мы можем легко передать вам информацию в таком формате, о котором вы попросили.

The Right to Request Confidential Communications Involving Your PHI. You can ask in writing to send information to you in a certain way or location. For example, you can request we mail PHI to a Post Office Box rather than your home. We must agree to your request so long as we can easily provide it in the format you requested.

- 3. Право получить копии защищенной информации о вашем здоровье.** В большинстве случаев у вас есть право получить копии вашей защищенной информации о здоровье, например: содержание медицинской карты или записи о выставленных счетах, которые были использованы для того, чтобы принимать решения. Вы должны подать запрос в письменной форме. Мы дадим ответ в течение 30 дней после получения вашего письменного запроса. Мы также можем взять оплату в разумных пределах. В некоторых ситуациях мы можем отклонить ваш запрос, но мы сделаем это в письменном виде, указав причины отказа и объяснив ваше право на пересмотр отказа.

The Right to Receive Copies of Your PHI. In most cases you have the right to receive copies of your PHI, such as health or billing records, used by us to make decisions about you. You must make the request in writing. We will respond within 30 days after receiving your written request, and we may charge a reasonable fee. In certain situations, we may deny your request, but we will do so in writing, and we will provide our reasons for the denial and explain your right to have the denial reviewed.

- 4. Право на получение списка случаев, когда мы раскрывали и передавали вашу информацию.** Вы имеете право получить перечень случаев, когда мы раскрывали и передавали вашу защищенную информацию о здоровье («Учет случаев раскрытия и передачи информации»). Это право не относится к определенным случаям раскрытия информации - например, к случаям, когда информация была раскрыта с целью лечения, оплаты или медицинских нужд; когда информация была раскрыта вам или другим людям, принимающим участие в вашем лечении; когда информация была раскрыта с вашего разрешения или когда информация была раскрыта для целей государственной безопасности или разведки, а также для исправительных учреждений или для целей правоохранения. Ваш запрос на «Учет случаев раскрытия и передачи информации» должен быть сделан в письменном виде на имя и адрес, указанные ниже. Мы дадим ответ в течение 60 дней после получения вашего запроса и предоставим вам список случаев раскрытия и передачи информации за последние шесть лет, считая от даты получения вашего запроса, если только в запросе не указан более короткий период. Если вы делаете больше одного запроса в год, мы можем взять плату.

The Right to Get a List of the Disclosures We Have Made. You have the right to get a list of instances in which we have disclosed your PHI (an Accounting of Disclosures.) This right does not apply to certain disclosures such as those made for treatment, payment or health care operations, disclosures made to you or to others involved in your care, disclosures made with your authorization, or disclosures made for national security or intelligence purposes or to correctional institutions or law enforcement purposes. Your request for an Accounting of Disclosures must be made in writing to the person and address below. We will respond within 60 days of receiving your request by providing a list of disclosures made within the last six years from

the receipt date of your request, unless a shorter time period is requested. If you make more than one request in the same year, we may charge a fee.

5. Право изменить или обновить вашу защищенную информацию о здоровье Если вы считаете, что ваша защищенная информация о здоровье неверна или неполна, вы имеете право на то, чтобы запросить добавление или изменение существующей информации. Ваш запрос должен быть сделан в письменном виде и должен содержать причину запроса. Мы дадим ответ в течение 60 дней с момента получения вашего запроса. Мы можем в письменном виде отклонить ваш запрос, если защищенная информация пациента (i) является верной и полной, (ii) не была создана нами, (iii) запрещена к раскрытию или (iv) не является частью наших документов. Наш отказ будет включать в себя причину или причины отказа и объяснит ваше право на подачу протокола разногласий. Если вы не подадите протокол разногласий в письменном виде, у вас есть право сделать запрос о том, чтобы ваш запрос о внесении изменений и наш отказ были приобщены к вашей защищенной информации пациента. Если ваш запрос о внесении изменений будет одобрен, мы внесем изменения в вашу защищенную информацию пациента и сообщим вам, когда этот процесс будет завершен. Изменения могут быть внесены в разной форме, например, в форме пояснения, добавленного к вашим данным.

The Right to Amend or Update Your PHI. If you believe your PHI is incorrect or incomplete, you have the right to request us to add to or amend the existing information. Your request must be in writing and must include the reason for your request. We will respond within 60 days of receiving your request. We may deny your request in writing if the PHI (i) is correct and complete, (ii) was not created by us, (iii) is not allowed to be disclosed, or (iv) is not part of our records. Our denial will include the reason(s) for the denial and will explain your right to file a written statement of disagreement. If you don't file a written statement of disagreement, you have the right to request that your amendment request and our denial be attached to your PHI. If your amendment request is approved, we will make the change to your PHI and let you know it has been completed. An amendment may take several forms, such as an explanatory statement added to your record.

6. Право на получение копии данного Уведомления Вы имеете право сделать запрос о том, чтобы печатная копия данного Уведомления была отправлена вам по почте. Данное Уведомление также можно найти в Интернете по адресу <http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>

The Right to a Copy of this Notice. You have a right to request a paper copy of this Notice be mailed to you. It is also available at: <http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>

Е. С КЕМ МОЖНО СВЯЗАТЬСЯ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ПОЛУЧИТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ИЛИ О ПОРЯДКЕ ОБРАЩЕНИЯ С КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ Если у вас есть вопросы относительно данного Уведомления или жалобы на наш порядок обращения с конфиденциальной информацией или если вы хотите узнать, как направить жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения США, вы можете связаться с директором по вопросам конфиденциальности по номеру 1-734-615-4400. Вы не будете подвергнуты наказанию за подачу жалобы. Письменные жалобы должны быть направлены по адресу:

University of Michigan Health System
Privacy Director
1500 E. Medical Center Drive
Ann Arbor, MI 48109-5729

Мы можем изменить наш порядок обращения с конфиденциальной информацией в любое время. Прежде, чем вносить важные изменения, мы пересмотрим данное Уведомление и опубликуем его в наших учреждениях и на нашем сайте в Интернете по адресу: :

<http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>.

WHO YOU CAN CONTACT FOR INFORMATION ABOUT THIS NOTICE OR OUR PRIVACY PRACTICES. If you have questions about this Notice or complaints about our privacy practices, or if you would like to know how to file a complaint with the Office for Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services, you can contact our Privacy Director at 1-734-615-4400. You will not be penalized for filing your complaint. Written complaints must be submitted to:

University of Michigan Health System
Privacy Director
1500 E. Medical Center Drive
Ann Arbor, MI 48109-5729

We may change our privacy practices at any time. Before we make an important change, we will revise this Notice and post it in our facilities and on our website at: <http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>.

Ф. ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ В СИЛУ: 14 апреля 2003 г., пересмотрено 1 июля 2012 г. и 23 сентября 2013 г..
EFFECTIVE DATE OF THIS NOTICE: April 14, 2003, revised July 1, 2012 and Sept. 23, 2013.