

**В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ, КАК МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАЗГЛАШАТЬСЯ ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К НЕЙ, ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ В СЛУЧАЕ НАРУШЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИЛИ БЕЗОПАСНОСТИ ВАШИХ ДАННЫХ.**

**ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С НИМ.**

Вы имеете право на получение копии этого уведомления (в бумажном или электронном виде) и на его обсуждение с Департаментом здравоохранения по бесплатному телефону горячей линии по вопросам конфиденциальности 1-855-729-6040 или по электронной почте [compliance.privacy@sfdph.org](mailto:compliance.privacy@sfdph.org), если у вас возникнут вопросы.

**КТО ДОЛЖЕН СЛЕДОВАТЬ ПРЕДПИСАНИЯМ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ**

Уведомление Департамента здравоохранения Сан-Франциско (San Francisco Department of Public Health, DPH) касается указанных далее лиц и организаций.

- ◆ Любые лица, которым разрешено вносить информацию в вашу медицинскую карту DPH.
- ◆ Все отделы и подразделения DPH, аффилированные организации DPH, а также поставщики услуг / деловые партнеры DPH, которым разрешено читать, использовать или передавать медицинские персональные данные пациентов.
- ◆ Члены волонтерских групп, которые помогают вам в ходе получения медицинской помощи в DPH.
- ◆ Медицинские работники DPH и сотрудники Калифорнийского университета в Сан-Франциско, которые работают с DPH.
- ◆ Лица, обучающиеся на медицинских специальностях, и их преподаватели, которые помогают обеспечивать ваше медицинское обслуживание в DPH, например резиденты, студенты медицинских вузов, студенты, проходящие обучение для среднего медицинского персонала, клинические ординаторы или аспиранты.

**ОБЯЗАТЕЛЬСТВА DPH В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

Сотрудники Департамента здравоохранения Сан-Франциско понимают, что ваша медицинская информация является конфиденциальной. Мы обязуемся защищать вашу медицинскую информацию. Мы создаем записи об уходе и услугах, которые вы получаете в DPH. Эти записи необходимы для предоставления вам качественной медицинской помощи и соблюдения законов штата Калифорния и федерального законодательства. Настоящее Уведомление применяется ко всем записям о вашем уходе, хранящимся в DPH.

DPH регистрирует и хранит информацию о пациентах на бумажных носителях и в электронном виде. Медицинские работники, медсестры и врачи обмениваются этой информацией между собой, чтобы заботиться о вашем здоровье.

По закону DPH имеет указанные далее обязанности.

- ◆ Вести записи об оказанном вам уходе.
- ◆ Убедиться, что медицинская информация, которая может быть использована для вашей идентификации, хранится в тайне (за некоторыми исключениями).
- ◆ Соблюдать Закон о недопущении дискриминации на основании генетической информации (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) во избежание использования или разглашения генетической информации в целях дискриминации или страхования.
- ◆ Предоставить вам настояще Уведомление о юридических обязанностях и политике конфиденциальности.
- ◆ Следовать предписаниям Уведомления, действующего на данный момент.
- ◆ Мы незамедлительно сообщим вам, если произойдет нарушение конфиденциальности, которое может поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность вашей информации.

**ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

В целом вы имеете перечисленные далее права в отношении вашей медицинской информации, хранящейся в DPH.

- ◆ **Право на запрос доступа и копирование.** Вы имеете право попросить просмотреть и прочитать свою медицинскую информацию, а также получить копию медицинской информации, использованной для принятия решений о вашем обслуживании. Это также касается медицинских записей и счетов. Если вы хотите ознакомиться с медицинской информацией, использованной для принятия решений о вашем обслуживании, и получить ее копию, вы должны отправить или доставить в рабочее время письменный запрос в отдел медицинской документации по адресу, где вам было предоставлено медицинское обслуживание (список адресов см. в конце настоящего Уведомления). Если вы запросите копию информации, DPH может попросить вас оплатить расходы на копирование, отправку по почте или приобретение других материалов, необходимых для ответа на ваш запрос.
- ◆ **Право на предоставление разрешения на передачу медицинской информации.** Вы имеете право попросить DPH отправить копии вашей медицинской информации любому лицу, включая членов вашей семьи, близких друзей или других лиц, участвующих в вашем обслуживании, а также другим лицам и поставщикам медицинских услуг. Мы не можем передавать информацию о ваших расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, для целей лечения или оплаты без вашего письменного согласия. Вы можете в любое время обратиться в DPH с просьбой прекратить передачу вашей медицинской информации. Чтобы попросить DPH передать вашу медицинскую информацию указанным вами лицам, вы должны подать письменный запрос. Отправьте или подайте запрос в отдел медицинской документации учреждения, где вам было предоставлено медицинское обслуживание (список адресов см. в конце настоящего Уведомления).
- ◆ **Право попросить внести изменения.** Если вы считаете, что ваша медицинская информация, хранящаяся в DPH, является неверной или неполной, вы имеете право попросить DPH изменить эту информацию или дополнить данные в вашей медицинской карте. Вы имеете право попросить DPH изменить вашу медицинскую информацию в течение всего срока хранения этой информации. Чтобы запросить изменение, отправьте письменный запрос в отдел медицинской документации учреждения, в котором вам было предоставлено медицинское обслуживание (список адресов см. в конце настоящего Уведомления). Кроме того, вы должны объяснить, почему вы хотите изменить свою медицинскую информацию.

DPH может отклонить ваш запрос, если он не подан в письменной форме или вы не объяснили, почему хотите изменить информацию. Кроме того, DPH может отклонить ваш запрос, если вы просите изменить информацию, которая:

- не была внесена медицинскими работниками DPH;
- была записана лицом, которое больше не может внести изменения;
- не является частью медицинской информации, хранящейся в DPH или для DPH;
- не относится к той информации, которую вам разрешено просматривать и копировать;
- является достоверной и полной.

Мы должны сообщить вам, почему мы не вносим изменения в течение 60 дней с момента подачи вашего запроса. Вы имеете право подать письменное дополнение (приложение) объемом не более 250 слов в отношении любого пункта или заявления в своих записях, которые вы считаете неполными или недостоверными. Если вы сообщите нам в письменной форме, что хотите, чтобы дополнение было добавлено в вашу медицинскую карту, мы приложим его к вашей карте.

- ◆ **Право на ведение учета разглашения информации.** У вас есть право получать информацию о случаях, когда мы передавали вашу медицинскую информацию. «Учет разглашения информации» представляет собой список лиц, не являющихся сотрудниками DPH, которым DPH передало вашу медицинскую информацию в каких-либо целях, кроме оказания вам медицинской помощи, оплаты вашего лечения или проведения других мероприятий, необходимых в рамках осуществления деятельности департамента. Чтобы запросить этот список, вы должны направить письменный запрос в отдел

**ПОЛНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВАХ НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

Дата вступления в силу: 07/14/2025

медицинской документации учреждения, в котором вам было предоставлено медицинское обслуживание (список адресов см. в конце настоящего Уведомления). С момента подачи запроса вы можете обратиться в DPH с просьбой предоставить вам отчет о том, кому была передана ваша информация, за период до шести лет в соответствии с Законом об ответственности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Чтобы получить любую информацию о ваших расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, о том, кому мы ее предоставили и на каких основаниях, вы можете запросить информацию за период до трех лет до даты запроса. Первый отчет, запрошенный вами в течение 12 месяцев, предоставляется бесплатно. DPH может попросить вас оплатить дополнительные отчеты. Вы получите объяснение всех расходов, и вы сможете отменить или изменить свой запрос в любое время до того, как с вас будет списана какая-либо сумма.

- ◆ **Право требовать ограничений.** Вы имеете право попросить DPH не передавать вашу медицинскую информацию для целей лечения, оплаты или ведения деятельности департамента. Что касается лечения, DPH и его аффилированные организации и/или их врачи не обязаны удовлетворять ваш запрос, особенно если это может нанести вред вашему лечению. Чтобы запросить ограничения, вы должны направить письменный запрос в отдел медицинской документации учреждения, в котором вам было предоставлено медицинское обслуживание (список адресов см. в конце настоящего Уведомления). Если вы полностью оплатили услугу или медицинский товар из собственных средств, вы можете попросить DPH не передавать эту информацию вашей страховой компании в целях оплаты или ведения нашей деятельности. В этом случае ваш запрос будет одобрен, если только закон не обязывает DPH разглашать эту информацию.
- ◆ **Право требовать соблюдения конфиденциальности коммуникаций.** У вас есть право указать, где и как сотрудники DPH могут с вами связываться. Например, вы можете попросить сотрудников DPH связываться с вами только по месту работы или по почте. Сообщите нам об этом в письменной форме, отправив запрос в учреждение, в котором вам предоставляются услуги (список адресов см. в конце настоящего Уведомления). Вам не нужно объяснять, почему вы направляете такой запрос. Все обоснованные запросы будут одобрены. В запросе вам нужно указать, как и где вы хотите, чтобы с вами связывались.
- ◆ **Право на получение бумажной копии настоящего Уведомления.** У вас есть право получить бумажную копию настоящего Уведомления. Вы можете запросить копию настоящего Уведомления в любое время. Даже если вы согласились получить это уведомление в электронном виде, вы по-прежнему имеете право на получение бумажной копии настоящего Уведомления. Чтобы получить бумажную копию настоящего Уведомления, обратитесь к любому поставщику медицинских услуг DPH. Вы можете получить копию настоящего уведомления на веб-сайте DPH, [Политика конфиденциальности DPH | SF.gov](https://www.sf.gov/resource--2023--dph-privacy-policies) (<https://www.sf.gov/resource--2023--dph-privacy-policies>).
- ◆ **Выберите лицо, которое будет действовать от вашего имени.** Если вы предоставили кому-либо доверенность на принятие медицинских решений или если кто-либо является вашим законным опекуном, это лицо может осуществлять ваши права и принимать решения относительно вашей медицинской информации. Прежде чем предпринять какие-либо действия, мы убедимся, что данное лицо обладает такими полномочиями и может действовать от вашего имени.

**КАК DPH МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАЗГЛАШАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ВАШЕМ СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

В указанных ниже категориях рассматриваются различные способы использования и передачи медицинской информации. DPH не может описать все способы использования медицинской информации в настоящем Уведомлении. Но большинство способов подпадают под одно из описаний, приведенных ниже. Во всех случаях медицинские работники, медсестры и врачи DPH будут использовать минимальный объем информации, необходимый для оказания вам помощи. DPH регулярно проверяет, как используются и передаются данные записей DPH сотрудниками DPH, его контрактными поставщиками и сотрудниками Калифорнийского университета в Сан-Франциско (University of California, San Francisco; UCSF), чтобы убедиться в их правомерности. На время вашего пребывания и/или периода оказания медицинской

## ПОЛНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВАХ НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Дата вступления в силу: 07/14/2025

помощи вы можете предоставить одноразовое согласие на все будущие случаи использования или разглашения информации в целях лечения, оплаты и ведения деятельности учреждения.

- ◆ **В целях лечения.** Мы используем медицинскую информацию о вас и передаем ее другим медицинским работникам, которые занимаются вашим лечением. Например, врачу, к которому вы обратились с переломом ноги, может понадобиться информация о том, есть ли у вас диабет, поскольку диабет может замедлить процесс заживления. Кроме того, врач может попросить диетолога составить специальный рацион питания, если у вас диабет. Разные отделы DPH могут обмениваться информацией о вас, чтобы предоставить вам необходимые услуги, такие как лекарства, лабораторные анализы или рентген. Если вам требуется помочь другого врача или медицинского учреждения за пределами DPH, ваша медицинская информация может быть передана им для планирования вашего дальнейшего лечения.
- ◆ **В целях оплаты.** Ваша медицинская информация может использоваться и передаваться, чтобы вам, страховой компании или третьей стороне, занимающейся взысканием задолженностей, можно было выставить счета за лечение и услуги, которые вам оказали в медицинском учреждении DPH, и получить оплату по ним. Информация может быть передана службе по определению права на получение помощи, чтобы она могла найти программы, которые помогут пациентам оплатить лечение. Также может потребоваться сообщить вашей страховой компании о необходимом вам лечении, чтобы получить предварительное одобрение или определить, будет ли ваше страховое покрытие распространяться на это лечение.
- ◆ **В целях ведения деятельности медицинских учреждений, работающих под управлением DPH.** Ваша медицинская информация может использоваться и передаваться в рамках деятельности DPH. DPH может потребоваться использовать и передавать эту информацию для реализации своих программ и обеспечения качественного обслуживания всех пациентов DPH. Например, DPH может использовать вашу медицинскую информацию для анализа лечения и услуг, а также для проверки качества обслуживания, которое вы получаете от медицинских работников DPH. Собранная информация о пациентах DPH может сопоставляться с информацией из других медицинских учреждений, не относящихся к DPH, с целью определения возможностей улучшения качества ухода и обслуживания в DPH. Информация может быть передана врачам, медсестрам, техническим специалистам и другим сотрудникам DPH для анализа и обучения.
- ◆ **Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (Substance Use Disorder, SUD).** Конфиденциальность информации о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, в большей степени защищена законодательством, и такая информация может быть разглашена только для целей лечения и оплаты с вашего письменного согласия. Вы можете отозвать разрешение на передачу информации о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (т. е. изменить свое решение), но это должно быть сделано в письменной форме. Ваш отказ (изменение решения) вступит в силу с момента его фактического получения нами. Любая информация о SUD, которая уже была предоставлена, не может быть отозвана. Ваша информация о SUD или показания, основанные на этой информации, не могут использоваться против вас в каких-либо судебных разбирательствах без вашего явного письменного согласия или постановления суда. В случае получения судебного постановления к нему должна быть приложена повестка в суд или аналогичный юридический документ, вы должны быть уведомлены об этом и иметь возможность оспорить его.
- ◆ **Напоминания о записях на прием.** DPH может использовать имеющуюся информацию о вас, чтобы напомнить вам о предстоящем приеме. Но помните, что вы всегда имеете право попросить DPH связываться с вами другим способом, если не хотите получать напоминания о назначенному приеме по почте, SMS или электронной почте.
- ◆ **Списки пациентов.** Некоторая ограниченная информация о вас может быть включена в списки пациентов больниц DPH, в которых вы проходите лечение. Эта информация может включать ваше имя, местонахождение в больнице/клинике, ваше общее состояние (например, удовлетворительное, стабильное и т. д.) и вашу религиозную принадлежность. Информация из списка, за исключением

## ПОЛНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВАХ НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Дата вступления в силу: 07/14/2025

вашей религиозной принадлежности, может также быть предоставлена лицам, которые спросят о вас по имени. Ваша религиозная принадлежность может быть сообщена священнику, раввину или пастору, даже если они не спрашивают о вас по имени. Это необходимо для того, чтобы ваши родственники, друзья и священнослужители могли навестить вас и узнать, как вы себя чувствуете, если вы находитесь в больнице DPH. Если вы не хотите, чтобы DPH передавал ваше имя и другую информацию, вы должны уведомить об этом приемную больницы, в которой вам оказывают медицинскую помощь.

- ◆ **Лица, участвующие в вашем лечении или оплате вашего лечения.** Ваша медицинская информация может быть передана другу или члену семьи, который участвует в вашем лечении и/или несет за него ответственность и которому эта информация необходима для оказания вам помощи. Информация также может быть предоставлена лицу, которое поможет оплатить ваше лечение. Кроме того, информация о вашем здоровье может быть передана организации, оказывающей помощь при стихийных бедствиях, чтобы ваша семья могла получить информацию о вашем состоянии, статусе и местонахождении.
- ◆ **Исследования.** Ваша медицинская информация может быть использована и разглашена в исследовательских целях двумя способами. Во-первых, она может быть использована исследователями в исследованиях, в которых вас попросили принять участие, когда вы соглашаетесь фактически принимать лекарство или проходить лечение, эффективность которого изучается. В таких исследованиях вас всегда попросят дать согласие на участие. Во-вторых, ваша медицинская информация может быть использована и разглашена без указания вашей личности. Например, исследовательский проект может включать сравнение состояния здоровья и выздоровления всех пациентов, которые получали один препарат, с пациентами, которые получали другой препарат для лечения того же заболевания, без указания имен или других личных данных. Но все исследовательские проекты, проводимые в DPH, проходят особую процедуру утверждения. В рамках этой процедуры оценивается предлагаемый исследовательский проект и использование в нем медицинской информации, чтобы гарантировать, что исследование не представляет более чем минимальный риск для вашей конфиденциальности. Перед использованием или разглашением медицинской информации и/или личных данных в исследовательских целях проект должен быть одобрен в рамках данной процедуры утверждения исследований, а исследователь должен подписать клятву о неразглашении конфиденциальной информации.
- ◆ **В соответствии с требованиями законодательства.** Информация о вашем здоровье может быть передана согласно требованию законов штата, федеральных или местных законов.
- ◆ **Для предотвращения серьезной угрозы здоровью или безопасности.** Ваша медицинская информация может быть использована и передана сотрудникам правоохранительных органов, если это необходимо для предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности общественности. Но любая информация будет разглашена только тем лицам, которые могут помочь предотвратить угрозу.

## **ОСОБЫЕ СЛУЧАИ**

Информация может быть передана без вашего согласия в следующих ситуациях, если они применимы к вам.

- ◆ **Донорство органов и тканей.** Если вы хотите стать донором органов, ваша медицинская информация может быть передана организациям, занимающимся донорством органов, трансплантацией органов, глаз или тканей, либо банку донорских органов.
- ◆ **Военные и ветераны.** Если вы являетесь служащим вооруженных сил, ваша медицинская информация может быть передана по требованию военного командования.
- ◆ **Компенсация работникам.** Ваша медицинская информация может быть предоставлена для обработки заявлений о выплате компенсации работникам или для аналогичных программ. Эти программы предоставляют льготы в случае производственных травм или заболеваний.
- ◆ **Риски для здоровья населения.** Законодательство штата и федеральное законодательство могут

## ПОЛНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВАХ НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Дата вступления в силу: 07/14/2025

требовать от DPH разглашения вашей медицинской информации для целей общественного здравоохранения. Эти цели, как правило, включают в себя перечисленное далее.

- Предотвращение или контроль заболеваний, травм или инвалидности.
- Регистрация актов рождения и смерти.
- Ведение отчетности о реакциях на лекарственные препараты или проблемах с медицинскими товарами.
- Уведомление людей об отзыве товаров, которые они могут использовать.
- Уведомление лица, которое может быть заражено или распространять заболевание.
- Уведомление органов власти, если есть основания полагать, что пациент стал жертвой жестокого обращения, небрежности или домашнего насилия, в соответствии с требованиями законодательства.

- ◆ **Деятельность по надзору за здравоохранением.** Закон может требовать от DPH передать вашу медицинскую информацию в организацию, которая контролирует деятельность DPH в сфере здравоохранения. Контроль включает в себя, например, аудит, расследования, проверки и лицензирование. Эти мероприятия необходимы правительству для контроля за системой здравоохранения, программами, финансируемыми налогоплательщиками, и соблюдением законов о гражданских правах со стороны DPH.
- ◆ **Судебные иски и споры.** Если вы участвуете в судебном разбирательстве или споре, ваша медицинская информация может быть передана в ответ на судебный или административный запрос. Ваша медицинская информация также может быть передана в ответ на повестку в суд, запрос о разглашении информации или иные процессуальные действия со стороны других лиц, участвующих в споре, но только в том случае, если их адвокаты попытались уведомить вас об этом, чтобы вы имели возможность возразить в сроки, установленные законом.
- ◆ **Правоохранительные органы.** Медицинская информация может быть передана сотруднику правоохранительных органов:
  - в ответ на судебный приказ, повестку в суд, ордер, вызов в суд или аналогичный документ;
  - в случае смерти, которая, как предполагается, наступила в результате преступных действий;
  - в случае преступных действий в учреждении DPH;
  - в чрезвычайных ситуациях для сообщения о преступлении; месте совершения преступления или местонахождении жертв; о данных, описании или местонахождении лица, совершившего преступление.
- ◆ **Судебные следователи и судмедэксперты.** Закон может требовать от DPH передать вашу медицинскую информацию судебному следователю или судмедэксперту. Это может потребоваться, например, для идентификации умершего человека или установления причины смерти.
- ◆ **Назначенные судом опекуны и попечители.** Без вашего разрешения DPH может передать вашу медицинскую информацию лицам, назначенным судом для обеспечения вашего физического и/или психического здоровья и финансового благополучия.
- ◆ **Национальная безопасность и разведка.** Без вашего разрешения DPH может передавать вашу медицинскую информацию уполномоченным федеральным должностным лицам для целей разведки, контрразведки и других видов деятельности в сфере национальной безопасности, разрешенных законом.
- ◆ **Служба охраны Президента и других лиц.** DPH может передавать вашу медицинскую информацию уполномоченным федеральным должностным лицам, чтобы они могли обеспечить безопасность Президента или иностранных глав государств. DPH может передавать медицинскую информацию другим уполномоченным лицам для проведения специальных расследований.
- ◆ **Заключенные.** Если вы являетесь заключенным тюрьмы или исправительного учреждения или находитесь под стражей сотрудника правоохранительных органов, DPH может передать вашу медицинскую информацию сотрудникам тюрьмы или исправительного учреждения. DPH обязан

**ПОЛНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВАХ НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

Дата вступления в силу: 07/14/2025

раскрыть эту информацию (1) тюрьме / исправительному учреждению для оказания вам медицинской помощи; (2) для защиты вашего здоровья и безопасности или здоровья и безопасности других лиц; (3) для обеспечения безопасности и охраны персонала тюрьмы / исправительного учреждения.

- ◆ **Лечение, назначенное судом.** В случаях, когда лицо было обязано пройти лечение в DPH по решению уголовного суда, ему будет предложено дать согласие на передачу информации такому суду. Если впоследствии лицо отзывает свое согласие, суд должен быть проинформирован о последующем отказе данного лица.
- ◆ **Соблюдение норм законодательства штата.** Существуют определенные законы штата, которые защищают некоторые виды медицинской информации, например информацию об услугах в области психического здоровья и результатах тестов на ВИЧ. Мы будем соблюдать эти законы, если они более строгие, чем настоящее уведомление.

**ЕСЛИ ВЫ СЧИТАЕТЕ, ЧТО ВАШИ ПРАВА НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ НЕ БЫЛИ СОБЛЮДЕНЫ** в ходе предоставления обслуживания DPH, вы можете подать жалобу в DPH или секретарю Департамента здравоохранения и социальных служб США. Все жалобы должны быть отправлены в письменном виде. Список адресов и номеров телефона Управления по вопросам конфиденциальности DPH и секретаря Департамента см. в конце настоящего Уведомления. Вы не будете подвергнуты каким-либо наказаниям или преследованиям за подачу жалобы.

**ИЗМЕНЕНИЯ В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ**

DPH оставляет за собой право изменять настоящее Уведомление и применять пересмотренное или измененное Уведомление в отношении уже зарегистрированной медицинской информации о вас, а также любой информации, которая будет зарегистрирована в будущем. Копия актуального Уведомления будет размещена в медицинских учреждениях DPH. Дата вступления в силу будет указана вверху каждой страницы уведомления.

**ФОРМЫ РАЗРЕШЕНИЯ НА ЗАПРОС МЕДИЦИНСКИХ ЗАПИСЕЙ (отдел медицинских информационных услуг)**  
**МОЖНО ПОЛУЧИТЬ В УКАЗАННЫХ ДАЛЕЕ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.**

**San Francisco General Hospital and Trauma Center**  
Health Information Services,  
Main Bldg. 5 Rm. 2B1 1001  
Potrero Ave.,  
San Francisco, CA 94110  
(628) 206-4432

**ИЛИ В УЧРЕЖДЕНИИ, В КОТОРОМ ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ УСЛУГИ**

**По всем другим вопросам и жалобам, касающимся конфиденциальности:**  
DPH Office of Compliance & Privacy Affairs  
101 Grove Street, Rm 400  
San Francisco, CA 94102  
(855) 729-6040 (бесплатная линия)

## Куда подать жалобу о нарушении конфиденциальности в федеральные органы власти

Узнайте, как подать жалобу о нарушении конфиденциальности или безопасности медицинской информации: <a href="https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html?language=es">https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html?language=es</a>	<b>Чтобы получить ответ быстрее, воспользуйтесь онлайн- порталом.</b> Ссылка для подачи жалобы в отношении конфиденциальности или безопасности медицинской информации в режиме онлайн: <a href="https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf">https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf</a>
Адрес для отправки жалобы: Centralized Case Management Operations U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg. Washington, D.C. 20201	