

■

■

■

5. Исследовательская деятельность.

:

■

■

6. Посещение врачей и услуги.

(VI).

7. Деловые партнеры.

8. Другие случаи использования и раскрытия информации.

■

■

. ,
 ■ ,
 ■ ,
 ■ ,
 ■ ,
 ■ (,).
 ■ ,
 ■ ,
 ■ ;
 ■ ,
 ■ ,
 ■ ,
 ■ ,
 ■ ,
 ■ ,
 ■ /
 ■ ,
 ■ ,
 ■ ,
 ■ ,
 ■ ,

III. Соглашение об организованной медицинской помощи

OhioHealth , (OHCA)
 Epic. OHCA,

ОНСА).
ОНСА ô ;
(
).
ОНСА,

IV. Обмен медицинской информацией

(V).

V. Вы можете отказаться от использования и раскрытия информации в следующих ситуациях:

1. Ведение реестра пациентов наших учреждений.

2. Участие родственников и друзей в уходе за вами.

3. Привлечение финансирования.

Foundation, 180 East Broad Street, 31st Floor, Columbus, Ohio 43215
OptOut_OHF@OhioHealth.com,

OhioHealth

4. Обмен медицинской информацией.

()

: a)

;)

a)),

a)),

VI. Ваши права относительно вашей медицинской информации.

1. Доступ к вашей защищенной медицинской информации.

/

■

■

■

■

2. Внесение изменений в вашу защищенную медицинскую информацию.

-
-
- /
-
-

3. Учет фактов раскрытия вашей защищенной медицинской информации.

-
-
- 12 ;
- 6

4. Ограничения на использование и раскрытие вашей защищенной медицинской информации.

-
-
-
-
- -
- , « »,

5. Конфиденциальная передача информации.

ô

ô

6. Бумажный экземпляр уведомления.

VII. Уведомление о случаях несанкционированного разглашения информации.

VIII. Вопросы и жалобы.

OhioHealth 180 East Broad Street, 32nd Floor, Columbus, Ohio 43215
1-866-411-6181.

-
-

OhioHealth

180

IX. Дата вступления в силу.

1 2017 .