

NORTHSHORE – EDWARD-ELMHURST HEALTH

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

**В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ («УВЕДОМЛЕНИЕ») ОПИСЫВАЕТСЯ,
КАК МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАСКРЫВАТЬСЯ ИНФОРМАЦИЯ ИЗ
ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП
К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ.**

ВНИМАТЕЛЬНО С НИМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ.

NorthShore — Edward-Elmhurst Health и все дочерние компании, филиалы и участники («NS-ЕЕН» или «мы», или «нас», или «наш») в соответствии с законодательством обязаны обеспечивать конфиденциальность информации из вашей медицинской карты, которая включает в себя вашу защищенную медицинскую информацию (Protected Health Information, PHI) («информация из медицинской карты»), и предоставить вам уведомление о наших юридических обязанностях и методах защиты этой информации.

Мы используем настоящее Уведомление для соблюдения действующего федерального законодательства, прав на защиту частной жизни и защиты пациентов, права которых описаны ниже. Мы оставляем за собой право изменять настоящее Уведомление по любой причине, как того требует законодательство или не запрещено законодательством. Изменения будут применяться ко всей информации из медицинской карты и любой другой информации о вас, которая у нас есть.

ВАШИ ПРАВА***ПОЛУЧЕНИЕ БУМАЖНОЙ ИЛИ ЭЛЕКТРОННОЙ КОПИИ ИНФОРМАЦИИ ИЗ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ***

- Вы или ваш законный представитель можете запросить бумажную или электронную копию информации из вашей медицинской карты, которая хранится у нас.
- Если у вас есть доступ к portalу для пациентов NS-ЕЕН (например, MyChart, NorthShore Connect, MyEENHealth и т. д.), вы можете самостоятельно просмотреть и распечатать ограниченную часть информации из своей медицинской карты.
- Подробная информация о том, как вы или ваш законный представитель можете получить бумажную или электронную копию информации из вашей медицинской карты, приведена в приложении А.
- За предоставление копий информации из вашей медицинской карты мы можем ежегодно взимать с вас обоснованную плату, установленную штатом Иллинойс.
- Мы можем предоставить краткое изложение или копию информации из вашей медицинской карты в формате, который вы запросите. Мы ответим на ваш запрос в течение 30 дней с момента его получения.
- Мы уведомим вас в письменном виде в следующих случаях: 1) нам потребуется еще 30 дней для выполнения вашего запроса, 2) мы не сможем предоставить информацию из вашей

медицинской карты в запрошенном вами формате или 3) мы должны отклонить ваш запрос и укажем причину.

ОБРАЩЕНИЕ К НАМ С ПРОСЬБОЙ ИСПРАВИТЬ ИЛИ ДОПОЛНИТЬ ВАШУ МЕДИЦИНСКУЮ КАРТУ

- Вы можете попросить нас исправить информацию из вашей медицинской карты, которая, по вашему мнению, является неправильной или неполной.
- Запрос должен быть сделан в письменной форме.
- Мы можем отклонить ваш запрос и направим вам письмо с указанием причины в течение 60 дней с момента получения вашего письменного запроса.

ПОЛУЧЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫХ СООБЩЕНИЙ

Вы можете попросить нас в письменном виде связываться с вами определенным образом, звонить вам по другому номеру телефона или отправлять почту по указанному адресу. Вам не нужно объяснять нам причину. Мы постараемся удовлетворить все разумные просьбы. Если мы не сможем связаться с вами, используя указанные вами места, номера телефонов или способы, мы можем связаться с вами, используя любую имеющуюся у нас информацию. Наши методы коммуникации включают следующее.

- NS-ЕЕН и (или) привлеченный сторонний поставщик могут связываться с вами по телефону и в письменном виде или, с вашего согласия, посредством текстовых сообщений или электронной почты с информацией, связанной с вашим лечением, например напоминать вам о назначенном приеме, давать вам инструкции по поводу вашего анализа или процедуры и (или) напоминать вам о профилактических медицинских услугах, скринингах, обследованиях и т. д.
- Мы можем общаться с вами лично, в письменном виде, по телефону, по защищенной электронной почте, по незащищенной электронной почте по просьбе пациента после того, как он будет проинформирован о рисках и готов принять эти риски, через наши порталы для пациентов, а также оставлять автоматические или предварительно записанные сообщения на вашей голосовой почте.

ОБРАЩЕНИЕ К НАМ С ПРОСЬБОЙ ОГРАНИЧИТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ

Вы можете попросить нас не использовать и не передавать некоторые сведения из вашей медицинской карты другим лечащим врачам, вашей медицинской или иной страховой компании для оплаты, а также в целях осуществления медицинской деятельности, например для получения предложений об участии в научных или клинических исследованиях, сбора средств или по другим причинам, не запрещенным законодательством. Такой запрос должен быть сделан в письменном виде или через вашу учетную запись на портале для пациентов. Мы не обязаны соглашаться на ваш запрос.

Страница 3 из 11

Если вы оплачиваете всю стоимость медицинских услуг, лечения или других товаров из собственных средств, вы можете попросить нас не передавать эту информацию вашей страховой компании в целях оплаты. Мы согласимся, если закон не обязывает нас передавать вашу информацию.

Мы участвуем в программах электронных медицинских карт под названием Epic CareEverywhere®, Epic CareEquality, EpicCare®Link и других программах обмена данными, не перечисленных здесь. Эти программы обмена данными позволяют врачам как за пределами NS-ЕЕН, так и на территории NS-ЕЕН видеть информацию из вашей медицинской карты в целях лечения. Вы можете попросить не участвовать в программах Epic CareEverywhere®, Epic CareEquality, EpicCare®Link и (или) других подобных программах обмена данными. Такой запрос должен быть сделан в письменной форме по соответствующему адресу, указанному в приложении А, или с помощью учетной записи на портале для пациентов.

ОБРАЩЕНИЕ К НАМ С ПРОСЬБОЙ СООБЩИТЬ, КОМУ БЫЛА ПЕРЕДАНА ИНФОРМАЦИЯ ИЗ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ

Мы предоставим вам список (отчет) о некоторых случаях раскрытия информации из вашей медицинской карты, не включая раскрытие информации о лечении, оплате, медицинской деятельности, некоторых других случаях раскрытия информации, требуемых законодательством, и любых раскрытиях, которые вы попросили нас сделать (далее в совокупности — «отчет о раскрытии информации»). Вы можете запросить у нас отчет о раскрытии информации за 6 (шесть) лет до даты вашего запроса. В отчете о раскрытии информации будет указано, кому и зачем мы передали информацию из вашей медицинской карты. Этот запрос должен быть сделан в письменной форме, как описано в приложении А. В большинстве случаев мы отправим отчет о раскрытии информации в течение 60 дней после получения вашего запроса. Если нам понадобятся дополнительные 30 дней, мы сообщим вам об этом.

Этот список мы предоставим бесплатно один раз в течение 12 месяцев с даты получения запроса. Вы можете запросить дополнительные копии в течение такого 12-месячного периода, и мы будем взимать с вас разумную, основанную на затратах плату за каждый дополнительный запрошенный отчет.

ЗАПРОС НА ПОЛУЧЕНИЕ КОПИИ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ

Вы можете получить копию настоящего уведомления в электронном виде по электронной почте, через портал для пациентов или через наши веб-сайты. Вы можете попросить бумажную копию этого уведомления в любое время, лично или по почте, даже если вы согласились получить уведомление в электронном виде.

Страница 4 из 11

ВЫБОР ЛИЦА, КОТОРОЕ БУДЕТ ДЕЙСТВОВАТЬ ОТ ВАШЕГО ИМЕНИ

Если вы назначили кого-то своим личным представителем с помощью медицинской доверенности или кто-то является вашим законным опекуном, это лицо может иметь право осуществлять определенные права и принимать медицинские решения за вас, и мы будем передавать ему информацию из вашей медицинской карты.

ПОДАЧА ЖАЛОБЫ, ЕСЛИ ВЫ СЧИТАЕТЕ, ЧТО ВАШИ ПРАВА БЫЛИ НАРУШЕНЫ

Вы можете подать жалобу, если считаете, что мы нарушили ваши права, следующим образом:

- обратившись в указанный отдел по защите конфиденциальности NS-ЕЕН: в письменном виде по адресу: NorthShore University HealthSystem, Corporate Compliance Department — Privacy Office, 1301 Central Street, Room 140, Evanston, IL 60201; по телефону 847-570-5079; или по электронной почте hipaa@northshore.org;
- подав жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения США по почте: U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201; по телефону 1-877-696-6775; или по электронной почте www.hhs.gov/privacy/hipaa/complaints/.

Мы не будем принимать ответных мер в отношении вас за подачу обоснованной жалобы.

СООБЩЕНИЕ О СВОЕМ РЕШЕНИИ

У вас может быть несколько вариантов решения о том, как нам использовать информацию из вашей медицинской карты. Кроме того, вы можете сообщить нам, с кем бы вы хотели, чтобы мы делились информацией из вашей медицинской карты, или, при определенных обстоятельствах, вы можете сообщить нам, с кем вы не хотите делиться информацией из вашей медицинской карты.

Вы имеете право сообщить нам:

- как делиться информацией из вашей медицинской карты с членами вашей семьи, личными знакомыми или другими лицами, участвующими в вашем лечении;
- как делиться информацией из вашей медицинской карты в чрезвычайных ситуациях или при стихийных бедствиях;
- как включать информацию из вашей медицинской карты в справочник нашей больницы.

Например, в целях обеспечения работы больницы мы можем включить ваши имя и фамилию, местонахождение больницы, ваше общее состояние и (или) указанную религиозную принадлежность в наш больничный справочник, за исключением случаев, когда вы просите нас не делать этого. Мы можем раскрывать эту информацию членам нашей группы по оказанию психологической помощи. Вы можете сказать нам, что не хотите фигурировать в справочнике, или

сообщить, какую информацию вы хотите раскрыть. Если у вас нет возможности сообщить нам эту информацию, мы можем продолжать делиться этой информацией, если считаем, что это соответствует вашим интересам. Мы также можем поделиться такой информацией, если это необходимо для уменьшения серьезной и (или) непосредственной угрозы причинения вреда вам или другим людям.

За исключением случаев, когда у нас есть ваше разрешение или это разрешено законом, мы не будем:

- использовать информацию из вашей медицинской карты в рекламных целях;
- продавать информацию из вашей медицинской карты;
- раскрывать информацию из вашей медицинской карты, связанную с лечением поведенческих нарушений, нарушений, связанных с употреблением алкоголя или наркотиков, и (или) других диагнозов, относящихся к конфиденциальной информации, включая протоколы сеансов психотерапии;
- передавать любую информацию из вашей медицинской карты в реестры, финансируемые государством.

За исключением случаев, когда вы попросите нас не делать этого, мы можем связываться с вами в целях сбора средств для поддержки нас и нашей миссии по оказанию медицинской помощи. В соответствии с действующим законодательством мы можем использовать следующую информацию для связи с вами: имя и фамилию, адрес, номер телефона, даты предоставления услуги, возраст, пол, отделение, в котором предоставлялась услуга, лечащий врач, информация о результатах лечения и статус медицинского страхования. Если вы не хотите, чтобы с вами связывались, то для подачи запроса следуйте инструкциям, приведенным в приложении А.

КАК МЫ БУДЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И ПЕРЕДАВАТЬ ВАШУ ИНФОРМАЦИЮ

Если иное не запрещено законом, мы можем без уведомления или разрешения использовать и (или) передавать информацию из вашей медицинской карты внутри NS-ЕЕН и сторонним организациям в целях, связанных с лечением, оплатой и операциями. Ниже приведен неполный перечень примеров того, как NS-ЕЕН может передавать информацию из вашей медицинской карты:

- в исследовательских целях, например для подготовки к научному исследованию или если наш экспертный совет медицинского учреждения (Institutional Review Board, IRB) одобрит изменение разрешения или отказ от него;
- в целях общественного здравоохранения, например для предотвращения распространения заболеваний;
- в целях безопасности, например для оповещения об отзыве продукции или для сообщения о негативных реакциях на лекарственные препараты;

- для информирования о подозрениях в жестоком обращении, ненадлежащем уходе или эксплуатации, например о жестоком обращении с детьми и пожилыми людьми и о бытовом насилии;
- для повышения качества;
- для соблюдения действующего законодательства штата Иллинойс и федерального законодательства (например, Закона о мобильности и подотчётности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)), которое включает в себя отчетность перед государственными и федеральными регуляторными органами, такими как Департамент здравоохранения штата Иллинойс (Illinois Department of Public Health) и (или) Министр здравоохранения и социальных служб (Secretary of Health and Human Services);
- для донорства органов;
- для сотрудничества с коронером, судмедэкспертом или сотрудником бюро ритуальных услуг;
- для предоставления ответов на запросы о компенсации за производственную травму, правоохранительных органов или других государственных органов в той степени, в которой это разрешено законом;
- для предоставления ответов на судебные иски и другие юридические действия;
- для передачи третьим лицам, которые предоставляют медицинские, платежные и операционные услуги в сфере здравоохранения и могут потребовать использования информации из вашей медицинской карты; на них распространяется действие HIPAA, и они обязаны защищать конфиденциальность и безопасность информации из вашей медицинской карты таким же образом, как это требуется от NS-EEN;
- для отправки ваших данных о вакцинации в Реестр иммунизации штата Иллинойс (State of Illinois Immunization Registry), работодателям или школам в целях общественного здравоохранения, при наличии соответствующего согласия;
- для отправки родителям или законным опекунам, если вы являетесь несовершеннолетним в возрасте до 18 лет, кроме тех случаев, когда, это не разрешено законодательством штата Иллинойс или федеральным законодательством;
- для разработки технологий здравоохранения, таких как машинное обучение и искусственный интеллект, которые могут улучшить качество, процесс и (или) результат лечения.

В дополнение к другим видам использования и раскрытия, не запрещенным законодательством, мы можем использовать информацию из вашей медицинской карты для создания деидентифицированной медицинской информации (De-identified Health Information, ДИИ), которая, в соответствии с HIPAA, никем не может быть идентифицирована. Мы также можем раскрывать информацию из вашей медицинской карты партнеру по бизнесу с целью создания ДИИ. Мы можем использовать, передавать и (или) раскрывать ДИИ в любых законных целях, включая, помимо прочего, коммерческие цели, без вашего разрешения и можем разрешать третьим лицам делать то же самое.

НАШИ ОБЯЗАННОСТИ

- В соответствии с действующим законодательством штата Иллинойс и федеральным законодательством мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность информации из вашей медицинской карты.
- Мы сообщим вам, если конфиденциальность или безопасность информации из вашей медицинской карты была нарушена.
- Мы должны соблюдать обязанности и правила конфиденциальности, описанные в настоящем Уведомлении, и предоставить вам его письменную копию по вашему запросу.
- Мы будем использовать или передавать информацию из вашей медицинской карты только так, как описано в настоящем Уведомлении, за исключением тех случаев ее использования или передачи, для которых мы получим от вас разрешение в письменном виде. Вы можете изменить свое решение в любое время, сообщив нам об этом в письменном виде. Ваш выбор изменить свое решение не повлияет на использование или передачу информации из вашей медицинской карты до даты получения NS-ЕЕН вашего письменного запроса.
- Мы будем защищать вашу генетическую информацию в соответствии с действующим законодательством.

Настоящий документ составлен на английском языке. Если настоящий документ переведен на какой-либо другой язык, английская версия является основной.

Настоящее Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации относится к аффилированной организации NorthShore — Edward-Elmhurst Health, поставщика услуг здравоохранения, подпадающего под действие HIPAA. Оно распространяется на все отделения, подразделения, всех наемных медицинских работников, студентов и членов волонтерских групп, которым разрешено помогать вам во время вашего пребывания или лечения в учреждении NS-ЕЕН. Все эти организации соблюдают условия настоящего Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации и могут передавать вашу информацию друг другу для лечения, оплаты или осуществления операций по оказанию медицинской помощи. Этот список может периодически обновляться. Чтобы получить актуальный список участвующих организаций, обратитесь в отдел по защите конфиденциальности NS-ЕЕН: NorthShore University HealthSystem, Corporate Compliance Department — Privacy Office, 1301 Central Street, Room 140, Evanston, IL 60201; по телефону 847-570-5079; или по электронной почте hipaa@northshore.org.

NorthShore — Edward-Elmhurst Health ведет свой установленный набор документов с помощью электронной медицинской карты («Система ЭМК»), совместно используемой с некоторыми другими местными врачебными учреждениями, которые участвуют в уполномоченной организации по оказанию медицинской помощи (accountable care organization, ACO). С помощью Системы ЭМК информация из медицинских карт пациентов NorthShore — Edward-Elmhurst Health

объединяется с информацией других врачей, участвующих в Системе ЭМК (каждый отдельно — «Участвующий поставщик услуг здравоохранения, подпадающий под действие HIPAA», а все вместе — «Участвующие поставщики услуг здравоохранения, подпадающие под действие HIPAA»), таким образом, каждый пациент имеет единую, продольную медицинскую карту в отношении медицинских услуг, предоставляемых Участвующими поставщиками услуг здравоохранения, подпадающими под действие HIPAA. Таким образом, Участвующие поставщики услуг здравоохранения, подпадающие под действие HIPAA, сформировали одну или несколько организованных систем медицинского обслуживания, в которых Участвующие поставщики услуг здравоохранения, подпадающие под действие HIPAA, участвуют в совместной деятельности по проверке использования и (или) обеспечению качества, и поэтому имеют право участвовать в Организованном соглашении о медицинском обслуживании (Organized Health Care Arrangement, ОНСА). За небольшими исключениями, как участники ОНСА, все Участвующие поставщики услуг здравоохранения, подпадающие под действие HIPAA, и участники АСО могут использовать и раскрывать информацию из медицинской карты, содержащуюся в Системе ЭМК, в целях лечения, оплаты и операций по оказанию медицинской помощи каждого из участников ОНСА и (или) АСО.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ NS-ЕЕН			
ПРИЛОЖЕНИЕ А. КАК ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ СВОИМИ ПРАВАМИ			
Ваши права	Пациенты NorthShore и Swedish Hospital	Пациенты Northwest Community Healthcare	Пациенты Edward-Elmhurst Health
Запросите копию своей медицинской карты, заполнив форму разрешения на раскрытие документации и отправив ее по указанным адресам	<p>Через портал для пациентов: NorthShore Connect</p> <p>По почте: NorthShore University HealthSystem Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077</p> <p>По факсу: 847-982-4499</p> <p>По электронной почте: releaseforms@northshore.org</p>	<p>По почте: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>По факсу: 847-618-3249</p> <p>По электронной почте: recordrequest@nch.org</p>	<p>По почте: Edward Hospital, Linden Oaks Hospital or Affiliated Medical Groups Attn: Medical Records Department 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p> <p>Elmhurst Hospital or Affiliated Medical Groups Attn: Medical Records Department 155 E. Brush Hill Road Elmhurst, IL 60126</p>

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ NS-ЕЕН			
ПРИЛОЖЕНИЕ А. КАК ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ СВОИМИ ПРАВАМИ			
Ваши права	Пациенты NorthShore и Swedish Hospital	Пациенты Northwest Community Healthcare	Пациенты Edward-Elmhurst Health
Запрос на внесение изменений или исправлений в медицинскую карту	<p>Через портал для пациентов: NorthShore Connect</p> <p>По почте: NorthShore University HealthSystem Attn: Compliance Privacy Office 1301 Central Street, Room 140 Evanston, IL 60201</p> <p>По факсу: 847-492-5192</p> <p>По электронной почте: hipaa@northshore.org</p>	<p>По почте: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>По факсу: 847-618-3249</p> <p>По электронной почте: recordrequest@nch.org</p>	<p>По телефону: 331-221-6936</p>
Запрос на получение конфиденциальных сообщений	<p>Через портал для пациентов: NorthShore Connect</p> <p>По почте: NorthShore University HealthSystem Attn: Compliance Privacy Office 1301 Central Street, Room 140 Evanston, IL 60201</p> <p>По факсу: 847-492-5192</p> <p>По электронной почте: hipaa@northshore.org</p>	<p>По почте: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>По факсу: 847-618-3249</p> <p>По электронной почте: recordrequest@nch.org</p>	<p>По почте: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p>
Запрос на отказ от участия в программе Epic Care Everywhere	<p>Через портал для пациентов: NorthShore Connect</p> <p>По почте: NorthShore University HealthSystem Attn: Compliance Privacy Office 1301 Central Street, Room 140 Evanston, IL 60201</p> <p>По факсу: 847-492-5192</p> <p>По электронной почте: hipaa@northshore.org</p>	<p>По почте: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>По факсу: 847-618-3249</p> <p>По электронной почте: recordrequest@nch.org</p>	<p>По телефону: 331-221-0714</p>

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ NS-EEH			
ПРИЛОЖЕНИЕ А. КАК ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ СВОИМИ ПРАВАМИ			
Ваши права	Пациенты NorthShore и Swedish Hospital	Пациенты Northwest Community Healthcare	Пациенты Edward-Elmhurst Health
Запрос на ограничение использования и раскрытия вашей медицинской информации	<p>Через портал для пациентов: NorthShore Connect</p> <p>По почте: NorthShore University HealthSystem Attn: Compliance Privacy Office 1301 Central Street, Room 140 Evanston, IL 60201</p> <p>По факсу: 847-492-5192</p> <p>По электронной почте: hipaa@northshore.org</p>	<p>По почте: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>По факсу: 847-618-3249</p> <p>По электронной почте: recordrequest@nch.org</p>	<p>По почте: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p> <p>По телефону: 331-221-6936</p>
Запрос отчета о раскрытии информации	<p>Через портал для пациентов: NorthShore Connect</p> <p>По почте: NorthShore University HealthSystem Attn: Compliance Privacy Office 1301 Central Street, Room 140 Evanston, IL 60201</p> <p>По факсу: 847-492-5192</p> <p>По электронной почте: hipaa@northshore.org</p>	<p>По почте: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>По факсу: 847-618-3249</p> <p>По электронной почте: recordrequest@nch.org</p>	<p>По почте: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p>
Подача жалобы	<p>По почте: сотрудник по вопросам защиты конфиденциальности в NorthShore University Health System, адресат: сотрудник по вопросам защиты конфиденциальности, Corporate Compliance Department — Privacy Office, 1301 Central Street, Room 143, Evanston, IL 60201</p> <p>По телефону: 847-570-5079</p> <p>По электронной почте: hipaa@northshore.org</p>		<p>По почте: Edward-Elmhurst Health, Attn: Privacy Officer; 4201 Winfield Road, Warrenville, IL 60555;</p> <p>По телефону: 630-527-3869. Связаться с сотрудником по вопросам защиты конфиденциальности</p> <p>По электронной почте: privacyofficer@eehealth.org</p>

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ NS-EEH ПРИЛОЖЕНИЕ А. КАК ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ СВОИМИ ПРАВАМИ			
Ваши права	Пациенты NorthShore и Swedish Hospital	Пациенты Northwest Community Healthcare	Пациенты Edward-Elmhurst Health
Запрос о том, чтобы с вами не связывались в рекламных целях	<p><u>NorthShore University HealthSystem</u> По телефону: 847-570-3187 По электронной почте: marketing@northshore.org</p> <p><u>Swedish Hospital</u> По телефону: 773-878-8200 x 5121 По электронной почте: marketing@schosp.org</p>	<p>По почте: Attn: Marketing 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>По телефону: 847-618-5500</p>	<p>Через веб-сайт: www.eehealth.org/contact-us/</p>
Запрос на отказ от контактов с любым фондом	<p><u>NorthShore Foundation</u> По телефону: 224-364-7200 По электронной почте: philanthropy@northshore.org</p> <p><u>Swedish Hospital Foundation</u> По телефону: 773-293-5121 По электронной почте: schfoundation@schosp.org</p>	<p><u>NCH Foundation</u> По телефону: 847-618-4260 По электронной почте: foundation@nch.org</p>	<p><u>Edward Hospital Foundation</u> По телефону: 630-527-3954</p> <p><u>Elmhurst Memorial Hospital Foundation</u> По телефону: 331-221-4483</p>