

**Программа стоматологической помощи Департамента образования г. Нью-Йорка
Согласие родителей**

SMILE NEW YORK OUTREACH, LLC*

37-30 Review Ave., Suite 102, Long Island City, NY 11101

Телефон: 855-469-7473 Факс: 888-330-4331

УСЛУГИ ШКОЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Я даю согласие на получение ребенком в течение всего срока обучения в школе стоматологических услуг лицензированных штатом медицинских работников Smile New York Outreach, LLC по школьной программе стоматологического обслуживания, утвержденной Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк. Я имею право в любое время отозвать свое согласие, направив Smile New York Outreach, LLC письменное уведомление. Я понимаю, что в соответствии с законом врачебная тайна в отношении индивидуальных услуг учащемуся гарантируется поставщиком стоматологических услуг и что учащимся рекомендуется привлекать родителей/опекунов к принятию решений о стоматологических процедурах. Школьные стоматологические услуги могут в т. ч. включать профилактические, реконструктивные и экстренные процедуры. Профилактические стоматологические услуги включают в т. ч. общее стоматологическое обследование, гигиену полости рта, силанты и лечение фтором, а также покрытие задних зубов соединением Silver Diamine Fluoride для предотвращения развития кариеса (при использовании Silver Diamine Fluoride кариозные полости могут изменить цвет на коричневый или черный). При необходимости услуг, помимо общего стоматологического обследования и профилактических процедур по уходу за полостью рта, Smile New York Outreach, LLC уведомляет родителя/опекуна о предоставляемых услугах и процедурах, включая установку пломб, удаление зубов, использование анестетиков и других лекарственных препаратов. При отсутствии согласия родителя/опекуна услуги не предоставляются.

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ г. НЬЮ-ЙОРКА

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ В СВЯЗИ С РАЗРЕШЕНИЕМ НА РАСКРЫТИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ
РОДИТЕЛЬСКОЕ РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С HIPAA**

Своей подписью на обороте я даю согласие на раскрытие стоматологической информации. Эта информация может быть защищена от разглашения федеральным законом о конфиденциальности и законом штата.

Подписывая настоящее разрешение, я соглашаюсь на предоставление стоматологической информации Департаменту образования г. Нью-Йорка, а также школьным медсестрам и администрации школы либо на основании требований закона или распоряжения директора, либо в связи с необходимостью охраны здоровья или безопасности учащегося. По моему требованию учреждение или лицо, раскрывающее данную стоматологическую информацию, обязано предоставить мне копию настоящей формы. Закон обязывает родителей предоставлять школе определенную информацию, включая сведения об иммунизации. Отказ в информации может повлечь отстранение ребенка от занятий.

Я получил/а ответы на вопросы об этой форме. Я понимаю, что не обязан/а давать разрешение на разглашение стоматологической информации о ребенке, могу в любое время изменить и отозвать свое разрешение, письменно известив об этом школьную стоматологическую клинику. Однако после факта разглашения информация не может быть отозвана и закрыта задним числом, т. е. числом, предшествующим дате разглашения.

Я разрешаю школьной стоматологической клинике Smile New York Outreach, LLC предоставить Департаменту образования г. Нью-Йорка определенную стоматологическую информацию ребенка, указанного на обороте.

Я разрешаю передачу из школьной стоматологической клиники в Департамент образования г. Нью-Йорка и из Департамента образования г. Нью-Йорка в школьную стоматологическую клинику перечисленной ниже стоматологической информации в целях выполнения нормативных требований и обеспечения школе информации, необходимой для охраны здоровья и безопасности ребенка. Я понимаю, что конфиденциальность этой информации гарантируется соответствующими положениями федерального и штатовского законодательства и распоряжениями директора Департамента:

Информация для охраны здоровья и безопасности:

- Состояния, требующие экстренной медицинской помощи
- Состояния, ограничивающие повседневную деятельность учащегося (Форма 103S)
- Диагнозы определенных инфекционных болезней (за исключением информации о ВИЧ/венерических заболеваниях и услугах, конфиденциальность которых защищена законом)
- Медицинское страхование

Своей подписью на с. 1 данной формы я также даю клинике Smile New York Outreach, LLC разрешение на обращение в другие медицинские учреждения, оказывавшие услуги ребенку, и на получение информации о страховке.

Сроки действия разрешения на предоставление информации:

С: Дата подписания этой формы на обороте

До: Дата окончания обслуживания в школьной стоматологической клинике

*ОНСП = Поставщик стоматологических услуг (Oral Health Clinic Provider)

Билль о правах пациента

Как пациент Smile New York Outreach, вы имеете право:

1. Понимать и использовать эти права. Если по какой-либо причине вы не понимаете содержания услуг или вам нужна помощь, Центр должен предоставить вам помощь, включая переводческие услуги.
2. Получать услуги независимо от возраста, расы, цвета кожи, сексуальной ориентации, религии, семейного положения, пола, национального происхождения или источника оплаты.
3. Получать уважительное и внимательное отношение, включая соблюдение конфиденциальности при лечении.
4. Быть информированным об услугах, предоставляемых в Центре.
5. Быть информированным о страховании неотложной стоматологической помощи.
6. Быть информированным о стоимости услуг, о наличии прав на компенсацию третьей стороной и, когда это применимо, о возможности бесплатного или льготного лечения.
7. По запросу получать детальные копии выписки из счета.
8. Получать от лечащего врача или его представителя полную и актуальную информацию о диагнозе, лечении и прогнозе в наиболее доступных для понимания пациента терминах.
9. Получать от стоматолога информацию, необходимую для дачи информированного согласия до начала не срочной процедуры и/или лечения. Информированное согласие должно включать, как минимум, предоставление информации относительно конкретной процедуры и/или лечения, связанных с этим рисков и альтернативного ухода или лечения, если таковые имеются.
10. Отказаться от лечения в той степени, в какой это разрешено законом, и быть полностью проинформированным о медицинских последствиях такого действия.
11. Отказаться от участия в экспериментальных исследованиях.
12. Обращаться с жалобами касательно предоставленного лечения и услуг и не опасаться возмездия при последующем расследовании Центром таких жалоб. Пациент может выразить администратору свою озабоченность устно или письменно. Центр несет ответственность за предоставление пациенту или назначенному им лицу письменного ответа в течение 30 дней по запросу пациента с указанием результатов расследования. Центр также несет ответственность за уведомление пациента или назначенного им лица о том, что, если пациент не удовлетворен ответом Центра, пациент может подать жалобу в офис управления систем здравоохранения Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк, позвонив по телефону 1-800-804 - 5447.
13. На конфиденциальность всей информации и записей, относящихся к лечению пациента.
14. На одобрение или отказ от раскрытия или разглашения содержания стоматологических записей любому врачу и/или медицинскому учреждению, за исключением случаев, предусмотренных законом или сторонним платежным договором.

СОХРАНИТЕ ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШИХ СПРАВОК

ELLIOT P. SCHLANG, DDS - GENERAL DENTIST, DENTAL DIRECTOR

Angelina Adames, DDS, Jungmin Cho, DMD, Jennifer Corredor, DDS, Sylvia Cuellar, DDS, Joseph D'Ambrosio, DMD, Jason Davis, DDS, Christopher Dillon, DDS, Andrew Fradkin, DDS, Margaret Garland, DDS, Renee Gaska, DMD, Jeffrey Gershon, DMD, Daria Grillo, DDS, Barry Hecht, DMD, Deborah Kahn, DMD, Sahar Kamkar, DMD, Aditi Kapoor, DMD, Uzma Khan, DDS, Jeffrey Krantz, DDS, Stephen Marshall, DDS, Deena Pegler, DMD, Alan Poritzky, DDS, Melissa Rodgers, DMD, Deniz Salerno, DDS, Elliot Schlang, DDS, Karim Shehadeh, DDS, Jeffrey Tenenbaum, DDS, Nancy Yu, DDS

УВЕДОМЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ, КАКИМ ОБРАЗОМ ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И РАСКРЫТА И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПРОСИМ ВАС ВНИМАТЕЛЬНО С НИМ ОЗНАКОМИТЬСЯ. СОХРАНИТЕ ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШИХ СПРАВОК.

НАШИ ПРАВОВЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

Защита вашей личной информации – наша важнейшая задача. Применимые федеральные и штатовские законы требуют от нас обеспечения конфиденциальности вашей медицинской информации. Мы также обязаны предоставить вам это Уведомление о соблюдении конфиденциальности, наших правовых обязательствах и ваших правах в отношении вашей медицинской информации. Мы обязаны следовать правилам конфиденциальности, которые описаны в этом Уведомлении, весь период его действия. Мы поставим вас в известность в случае несанкционированного доступа к вашей незащищенной медицинской информации.

Мы оставляем за собой право изменять наши правила конфиденциальности и условия настоящего Уведомления в любое время, если такие изменения разрешены применимым законодательством. Мы оставляем за собой право вносить изменения в наши правила конфиденциальности и новые условия нашего Уведомления в отношении всей медицинской информации, которую мы обслуживаем, включая созданную нами или полученную до внесения изменений. Перед внесением существенных изменений в правила конфиденциальности, мы внесем изменения в это Уведомление и сделаем его доступным по запросу.

Копию Уведомления вы можете запросить в любое время. Для получения дополнительной информации о наших правилах конфиденциальности или дополнительных копиях этого Уведомления, свяжитесь с нами, используя контактную информацию, указанную в его конце.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Мы используем и раскрываем вашу медицинскую информацию для лечения, оплаты и организации медицинского обслуживания. Пример:

Лечение: Ваша медицинская информация может быть раскрыта врачу, школьной медсестре или другому лечащему вас медицинскому специалисту.

Оплата: Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для получения оплаты за предоставляемые вам услуги.

Организация медицинского обслуживания: Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию в связи с нашей организационной работой, например, проверкой компетентности или квалификации медицинских работников и оценкой эффективности работы врачей и медицинских учреждений.

Ваше разрешение: Для использования или раскрытия информации, не оговоренного в настоящем Уведомлении, требуется ваше письменное разрешение. Кроме того, мы должны получить ваше письменное разрешение на продажу вашей медицинской информации или использование и раскрытие вашей информации для реализации вам товаров или услуг в случае получения нами оплаты за такие сведения. Вы можете аннулировать данное нам разрешение в любое время в письменной форме. Ваше аннулирование не повлияет на использование или раскрытие информации, которое было совершено в период действия вашего разрешения. В случае отсутствия вашего письменного разрешения мы не имеем права использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию по причинам, не указанным в этом Уведомлении.

Члены семьи, друзья и лица, осуществляющие уход за вами: Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию члену семьи, другу или другому лицу, осуществляющему уход за вами, в той мере, в какой это необходимо для оказания помощи в вашем медицинском обслуживании или с его оплатой. Мы также можем раскрыть вашу медицинскую информацию организациям по оказанию помощи при бедствиях, чтобы облегчить поиск людей во время стихийного бедствия. Мы также можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию для уведомления или оказания помощи в уведомлении члена семьи, личного представителя или лица, ответственного за заботу о вас, о вашем местонахождении, общем состоянии здоровья или смерти. Если вы не хотите, чтобы мы раскрывали вашу медицинскую информацию членам семьи или другим лицам в вышеуказанных обстоятельствах, сообщите об этом нашему сотруднику HIPAA по телефону 888-833-8441.

Требования закона: Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию, когда мы обязаны делать это согласно требованиям закона.

Общественная безопасность: Возможно, нам необходимо будет раскрыть медицинскую информацию сотрудникам правоохранительных органов, например, в следующих случаях: в ответ на ордер на обыск, повестку Большого жюри, в целях оказания помощи правоохранительным органам в выявлении или местонахождении личности, для сообщения о смерти, которая, по нашему мнению, могла быть результатом преступных действий, а также относительно преступных действий в нашей клинике.

Жестокое обращение или пренебрежение обязанностями: Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию соответствующим органам власти, если у нас есть достаточные основания полагать, что вы являетесь возможной жертвой жестокого обращения, пренебрежения со стороны других, домашнего насилия или других преступлений. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию в той мере, в какой это необходимо для предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью или безопасности, а также здоровью или безопасности других людей.

Национальная безопасность: При определенных обстоятельствах мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию уполномоченным представителям Вооруженных сил или иностранных вооруженных сил; уполномоченным представителям федеральных служб разведки, контрразведки и другим компетентным учреждениям по обеспечению национальной безопасности и защиты президента; представителям исправительных учреждений и правоохранительных органов, осуществляющим законную опеку над заключенным или пациентом при определенных обстоятельствах.

Напоминания о запланированных визитах: Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию, чтобы направлять вам напоминания о запланированных визитах (например, в виде сообщений голосовой почты, открыток, писем, имейлов или смс).

Осуществление надзора в сфере здравоохранения: Мы можем раскрывать медицинскую информацию агентствам, осуществляющим надзор в сфере здравоохранения, для проведения деятельности, санкционированной законом. К такой надзорной деятельности относятся, в частности, аудиторские проверки, расследования, инспекции и проверка выдачи лицензий. Эти мероприятия необходимы правительству для мониторинга системы здравоохранения, контроля за вспышками заболеваний, выполнения государственных программ, соблюдения законов о гражданских правах и улучшения результатов лечения пациентов.

Судебные разбирательства и споры: Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию по решению суда или на основании административного распоряжения. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию на основании судебной повестки, запроса документов или иной законной процедуры.

Другие виды использования и раскрытия информации. Как разрешено или требуется по закону, мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию для исследовательских целей; организациями, которые занимаются и контролируют донорство и трансплантацию органов; программам компенсации работникам или аналогичным программам в целях соответствия законам, касающимся программ компенсации работникам или аналогичных программ, обеспечивающих выплату пособий при производственных травмах или заболеваниях; для деятельности в области общественного здравоохранения, такой как профилактика и предотвращение заболеваний, травм и инвалидности; для сообщения о реакции на лекарственные препараты или проблемы с продукцией; для уведомления пользователей об отзыве продукции, которую они могут использовать; для уведомления лиц, которые могут подвергнуться риску воздействия или риску заражения и распространения болезни; для медицинских экспертов в целях установления личности умершего лица или определения причины смерти; для директоров похоронных бюро, чтобы помочь им в выполнении их обязанностей.

ПРАВА ПАЦИЕНТА

Доступ: За небольшими исключениями, вы имеете право ознакомиться или получить копии своей медицинской информации. Чтобы получить доступ к своей медицинской информации, вы должны сделать запрос в письменной форме, отправив его по номеру факса, указанному в конце этого Уведомления.

Право на отчетность по случаям раскрытия информации: Вы имеете право на получение списка случаев раскрытия нами и нашими деловыми партнерами вашей медицинской информации. Если вы запрашиваете такой список более одного раза в течение 12-месячного периода, мы можем взимать с вас разумную плату с учетом затрат на подготовку ответа на ваш дополнительный запрос.

Ограничения: Вы имеете право затребовать, чтобы мы ограничились использованием или раскрытием вашей медицинской информации. Мы не обязаны соглашаться на ваши запросы за исключением вашего обращения с просьбой не передавать информацию о платежах или осуществлении медицинского ухода вашей компании медицинского страхования в случаях, когда вы (или кто-то от вашего имени, кроме вашей страховой компании) полностью оплатили свое медицинское обслуживание. Мы удовлетворим ваш запрос, если раскрытие этой информации не требуется законом. При нашем согласии с этим ограничением мы будем его соблюдать (за исключением чрезвычайных ситуаций).

Альтернативные способы связи: Вы имеете право запросить в письменной форме, чтобы при коммуникации с вами касательно вашей медицинской информации мы использовали альтернативные способы или альтернативные места, указанные в вашем запросе.

Внесение изменений: Вы имеете право затребовать, чтобы мы внесли изменения в вашу медицинскую информацию. Ваш запрос должен быть в письменной форме и объяснять, почему требуется внесение изменений. При определенных обстоятельствах мы можем отклонить вашу просьбу.

Электронное уведомление: Если вы получили это Уведомление через наш веб-сайт или по имейл, вы имеете право получить его бумажный экземпляр по запросу.

ВОПРОСЫ И ЖАЛОБЫ

За дополнительной информацией о наших правилах конфиденциальности или с вопросами и замечаниями обращайтесь к нам. Если вы считаете, что мы, возможно, нарушили ваши права на неприкосновенность частной жизни, вы можете подать на нас жалобу, используя указанную ниже контактную информацию. Вы также можете подать письменную жалобу в Министерство здравоохранения и социальных служб США. Никаких мер наказания в ваш адрес за подачу жалобы не последует.

Контактное лицо: сотрудник HIPAA

Телефон: 888-833-8441

Имейл: hipaofficer@smileprograms.com

Факс: 888-330-4331

Дата вступления в силу: 1 августа 2016 г.