

## Форма регистрации пациента

Данные пациента			
Имя:	Дата рождения (М-Д-Г):      -      -		
Адрес:			
Город:	Штат:	Индекс:	Номер SSN:
Домашний телефон:	Мобильный телефон:	Рабочий телефон:	
Пол: <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский <input type="checkbox"/> другое		Семейное положение:	
Электронная почта:			
Данные о враче/направлении			
Лечащий врач-терапевт (PCP):		Телефон:	
Направляющий врач (если не врач PCP)		Телефон:	
Данные об учреждении			
Центр сестринского ухода <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		Хоспис <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
Название учреждения:			
Адрес учреждения:			
Человек, ответственный за медицинские решения и финансовые вопросы (если не пациент)			
Опекун: <input type="checkbox"/> Доверенное лицо: <input type="checkbox"/> Прочее: <input type="checkbox"/> Указать: <i>Необходимо предоставить подтверждение родства/связи с пациентом.</i>			
Имя:			
Адрес:			
Дата рождения (М-Д-Г):      -      -		Телефон:	
Номер SSN:			
Указанные выше человек несет финансовые обязательства за пациента? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Если нет, укажите информацию ниже.			
Имя:		Дата рождения (М-Д-Г)      -      -	
Адрес:		Телефон:	
Контактное лицо для экстренной связи (если это не указанный выше человек)			
Имя:		Родство:	
		Телефон:	

### ДЕКЛАРАЦИЯ О РАЗГЛАШЕНИИ ДАННЫХ И НАЗНАЧЕНИИ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ:

Настоящим я разрешаю разглашать медицинские данные, необходимые для обработки страхового требования, и ПЕРЕДАЮ ДОКТОРУ все выплаты от MEDICARE и/или других страховых компаний за оказанные услуги. Я понимаю и принимаю вышеуказанные условия.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента или представителя пациента

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Имя представителя пациента печатными буквами и его родство/связь с пациентом

## ЛЕКАРСТВА, АЛЛЕРГИИ, ОПЕРАЦИИ

Лекарство от аллергии? [ ] ДА [ ] НЕТ	Операции? [ ] ДА [ ] НЕТ
Если вы ответили ДА в пункте про лекарства от аллергии, перечислите ниже все лекарства и реакции на них. (пример: пенициллин, сульфаниламидные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты и т.д.)	Если вы ответили ДА в пункте про операции, перечислите все операции ниже. (пример: тонзиллэктомия, аппендэктомия, катаракта и т.д.)

## МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ

Вас ранее госпитализировали? [ ] ДА, укажите дату и причину ниже. [ ] НЕТ	
Дата	Причина

У вас диагностировали следующие заболевания? (выбрать все, что применимо)

<input type="checkbox"/> анемия <input type="checkbox"/> ангина <input type="checkbox"/> астма <input type="checkbox"/> рак (указать ниже) <input type="checkbox"/> катаракта <input type="checkbox"/> колит <input type="checkbox"/> болезнь Крона <input type="checkbox"/> диабет <input type="checkbox"/> эмфизема <input type="checkbox"/> эпилепсия (судороги)	<input type="checkbox"/> зоб <input type="checkbox"/> шум в сердце <input type="checkbox"/> проблемы с сердцем <input type="checkbox"/> гепатит <input type="checkbox"/> высокое кровяное давление <input type="checkbox"/> повышенный холестерин <input type="checkbox"/> ВИЧ/СПИД <input type="checkbox"/> гипотиреоз <input type="checkbox"/> желтуха <input type="checkbox"/> заболевание почек	<input type="checkbox"/> камни в почках <input type="checkbox"/> лейкемия <input type="checkbox"/> пневмония <input type="checkbox"/> псориаз <input type="checkbox"/> легочная эмболия <input type="checkbox"/> ревматизм <input type="checkbox"/> язва желудка или двенадцатиперстной кишки <input type="checkbox"/> инсульт <input type="checkbox"/> туберкулез
--	--	--

Другие медицинские заболевания:

СОЦИАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ (выбрать все, что применимо)
<input type="checkbox"/> курение, _____ пачки в день, в течение _____ лет. <input type="checkbox"/> алкоголь <input type="checkbox"/> незаконные наркотики, уточнить: _____, _____, _____, _____

## ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Были ли у вас следующие проблемы в прошлом месяце? (выбрать все, что применимо)

<p><b>Проблемы общего характера</b></p> <input type="checkbox"/> недавний набор веса <input type="checkbox"/> недавняя потеря веса <input type="checkbox"/> усталость <input type="checkbox"/> слабость <input type="checkbox"/> повышенная температура <input type="checkbox"/> ночная потливость	<p><b>Горло</b></p> <input type="checkbox"/> частое воспаление горла <input type="checkbox"/> хрипливость <input type="checkbox"/> затрудненное глотание <input type="checkbox"/> боли в челюсти	<p><b>Желудок и кишечник</b></p> <input type="checkbox"/> тошнота <input type="checkbox"/> изжога <input type="checkbox"/> боль в желудке <input type="checkbox"/> рвота <input type="checkbox"/> желтуха <input type="checkbox"/> запор <input type="checkbox"/> постоянная диарея <input type="checkbox"/> кровь в кале <input type="checkbox"/> черный кал	<p><b>Уши</b></p> <input type="checkbox"/> звон в ушах <input type="checkbox"/> потеря слуха
<p><b>Мышцы/суставы/кости</b></p> <input type="checkbox"/> онемение <input type="checkbox"/> боли в суставах <input type="checkbox"/> мышечная слабость <input type="checkbox"/> отек суставов	<p><b>Сердце и легкие</b></p> <input type="checkbox"/> боли в груди <input type="checkbox"/> учащенное сердцебиение <input type="checkbox"/> одышка <input type="checkbox"/> обморок <input type="checkbox"/> отеки ног/ступни <input type="checkbox"/> кашель	<p><b>Нервная система</b></p> <input type="checkbox"/> головная боль <input type="checkbox"/> головокружение <input type="checkbox"/> обморок/потеря сознания <input type="checkbox"/> онемение/покалывание Потеря памяти	<p><b>Кровь</b></p> <input type="checkbox"/> анемия <input type="checkbox"/> тромбы
<p><b>Глаза</b></p> <input type="checkbox"/> боль <input type="checkbox"/> покраснение <input type="checkbox"/> утрата зрения <input type="checkbox"/> двоение в глазах/размытое зрение <input type="checkbox"/> сухость	<p><b>Кожа</b></p> <input type="checkbox"/> покраснение <input type="checkbox"/> сыпь <input type="checkbox"/> наросты/волдыри <input type="checkbox"/> потеря волос <input type="checkbox"/> изменение цвета рук или ступней	<p><b>Почки/гениталии/мочевой пузырь</b></p> <input type="checkbox"/> частое/болезненное мочеиспускание <input type="checkbox"/> кровь в моче <input type="checkbox"/> импотенция <input type="checkbox"/> недержание <input type="checkbox"/> инфекции	<p><b>Психическое состояние</b></p> <input type="checkbox"/> депрессия <input type="checkbox"/> тревога <input type="checkbox"/> перепады настроения <input type="checkbox"/> бессонница <input type="checkbox"/> галлюцинации <input type="checkbox"/> дезориентировка

## СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ Было ли у члена семьи любое из заболеваний ниже?

<p><b>Отец</b></p> <input type="checkbox"/> глаукома <input type="checkbox"/> катаракта <input type="checkbox"/> макулярная дегенерация <input type="checkbox"/> диабет <input type="checkbox"/> гипертония <input type="checkbox"/> рак <input type="checkbox"/> артрит <input type="checkbox"/> болезнь сердца <input type="checkbox"/> прочее: _____	<p><b>Брат</b></p> <input type="checkbox"/> глаукома <input type="checkbox"/> катаракта <input type="checkbox"/> макулярная дегенерация <input type="checkbox"/> диабет <input type="checkbox"/> гипертония <input type="checkbox"/> рак <input type="checkbox"/> артрит <input type="checkbox"/> болезнь сердца <input type="checkbox"/> прочее: _____	<p><b>Дочь</b></p> <input type="checkbox"/> глаукома <input type="checkbox"/> катаракта <input type="checkbox"/> макулярная дегенерация <input type="checkbox"/> диабет <input type="checkbox"/> гипертония <input type="checkbox"/> рак <input type="checkbox"/> артрит <input type="checkbox"/> болезнь сердца <input type="checkbox"/> прочее: _____
<p><b>Мать</b></p> <input type="checkbox"/> глаукома <input type="checkbox"/> катаракта <input type="checkbox"/> макулярная дегенерация <input type="checkbox"/> диабет <input type="checkbox"/> гипертония <input type="checkbox"/> рак <input type="checkbox"/> артрит <input type="checkbox"/> болезнь сердца <input type="checkbox"/> прочее: _____	<p><b>Сестра</b></p> <input type="checkbox"/> глаукома <input type="checkbox"/> катаракта <input type="checkbox"/> макулярная дегенерация <input type="checkbox"/> диабет <input type="checkbox"/> гипертония <input type="checkbox"/> рак <input type="checkbox"/> артрит <input type="checkbox"/> болезнь сердца <input type="checkbox"/> прочее: _____	<p><b>Сын</b></p> <input type="checkbox"/> глаукома <input type="checkbox"/> катаракта <input type="checkbox"/> макулярная дегенерация <input type="checkbox"/> диабет <input type="checkbox"/> гипертония <input type="checkbox"/> рак <input type="checkbox"/> артрит <input type="checkbox"/> болезнь сердца <input type="checkbox"/> прочее: _____

## ИНФОРМАЦИЯ О РАСШИРЯЮЩИХ ГЛАЗНЫХ КАПЛЯХ

Расширяющие капли предназначены для расширения или увеличения зрачков глаз, чтобы офтальмолог смог лучше рассмотреть внутреннюю часть глаза.

Расширяющие капли часто затуманивают зрение на определенное время (индивидуально для каждого человека), а яркий свет может быть неприятным. Офтальмолог не может предсказать, насколько сильно капли повлияют на зрение. Поскольку сразу после обследования вождение автомобиля может вызывать сложность, лучше не садиться за руль самому.

Расширяющие капли могут вызвать побочные реакции, например: острая закрытоугольная глаукома. Это крайне редкое явление, при котором необходимо немедленно обращаться к врачу за лечением.

Настоящим я разрешаю специалисту Acuity Eye Group и/или его назначенным помощникам применять расширяющие глазные капли. Глазные капли необходимы для диагностики моего заболевания.

\_\_\_\_\_  
Пациент (или лицо с правом подписи за пациента)

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Свидетель

\_\_\_\_\_  
Дата

Имя пациента печатными буквами: \_\_\_\_\_

## РАСКРЫТИЕ ДАННЫХ ОБ УЧАСТИИ ВРАЧЕЙ

В этом уведомлении описана структура владения и управления этой организацией. Мы рекомендуем внимательно изучить этот документ. Ваш офтальмолог работает в организации по предоставлению комплексных услуг по уходу за глазами: от подбора оптимальной оправы до посещения известных специалистов. Владельцами нашей организации выступают врачи, для которых здоровье пациентов является приоритетом, а управление осуществляют профессионалы, координирующие деятельность для обеспечения высокого качества обслуживания и результатов.

***Если вы хотите попасть на прием к врачу не из нашей организации, обратитесь в регистратуру или в свою страховую компанию, чтобы получить перечень офтальмологов в своем районе.***

В организацию Acuity Eye Care входят Acuity Optical, Retina Institute of California Medical Group, California Clinic Management и перечисленные ниже центры амбулаторной хирургии.

1. San Gabriel Ambulatory Surgery Center L.P., Renaissance ASC, LLC, Trinity Surgical Solutions, Inc, Orange ASC и Premiere ASC, Inc соответствуют определению «принадлежащий врачам центр амбулаторной хирургии» согласно 42 CFR §416.

Центр амбулаторной хирургии частично принадлежит следующим врачам:

- Tom Chang, M.D.
  - Mike Samuel, M.D.
  - Mike Davis, M.D.
  - Anthony Culotta, M.D.
  - Reid Wainess, M.D.
  - Lily Lee, M.D.
  - Kevin Suk, M.D.
  - Josh Morrison-Reyes, M.D.
  - Jessica Boeckman, M.D.
  - Brian Chen, M.D.
2. У вас есть право выбора поставщика медицинских услуг. Хотя мы считаем, что перечисленные ниже центры амбулаторной хирургии смогут удовлетворить ваши потребности, вы можете обратиться в другое учреждение такого профиля. Ваш врач не изменит своего отношения к вам, если вы решите воспользоваться услугами другого учреждения, тем не менее, он может не иметь возможности проводить процедуры в другом учреждении при отсутствии прав доступа в него.

Любые вопросы относительно этого уведомления следует задать своему врачу или любому сотруднику Acuity Eye Group.

Подпись ниже означает подтверждение и понимание этого документа.

---

Подпись

---

Дата

## Политика оплаты

Благодарим вас за выбор специалиста офтальмолога в нашем центре. Мы стремимся предоставлять качественное и доступное медицинское обслуживание. Поскольку у некоторых пациентов возникли вопросы относительно ответственности пациента и страховой компании за оказанные услуги, мы разработали эту политику оплаты. Изучите этот документ, задайте все интересующие вас вопросы и поставьте свою подпись в отведенном месте. Копия предоставляется по запросу.

**1. Страхование.** Мы участвуем в большинстве страховых планов, включая Medicare. Если вы не застрахованы в страховой компании, с которой мы сотрудничаем, после каждого приема вам будет необходимо оплатить его стоимость в полном объеме. Если вы застрахованы в страховой компании, с которой мы сотрудничаем, но у вас нет актуальной страховой карты, необходимо вносить полную оплату за каждый прием, пока мы не проверим покрытие. *Вы обязаны знать условия своей схемы страхового возмещения.* Все вопросы по поводу покрытия следует адресовать в свою страховую компанию.

**2. Совместные оплаты и франшизы.** Все совместные оплаты и франшизы следует оплачивать во время обслуживания. Это соглашение является частью вашего договора со страховой компанией. Невыполнение обязанности по сбору совместной оплаты и франшизы с пациентов с нашей стороны может быть расценено как мошенничество. Мы просим вас помогать нам соблюдать закон, внося совместную оплату при каждом приеме.

**3. Услуги, которые не входят в покрытие.** Обратите внимание: некоторые получаемые услуги (иногда — все услуги) могут не иметь покрытия или не считаться разумными или необходимыми сотрудниками программы Medicare или другими страховыми компаниями. Вы будете обязаны оплатить их во время приема.

**4. Подтверждение страховки.** Перед посещением врача все пациенты должны заполнить нашу форму данных о пациенте. Для подтверждения страховки следует предоставить копию водительских прав и действующую страховку. В случае непредоставления правильных данных о страховке в установленные сроки вы будете обязаны оплатить остаток задолженности по страховому требованию.

**5. Подача страховых требований.** Мы подадим ваши страховые требования и окажем адекватную поддержку, чтобы добиться оплаты этих требований. Ваша страховая компания может потребовать от вас предоставить определенную информацию напрямую и вы обязаны выполнить ее запрос. Обратите внимание: вы несете ответственность за погашение остатка суммы по страховому требованию, независимо от факта его оплаты со стороны страховой компании. Ваша страховая выплата — это договор между вами и страховой компанией, в котором мы не являемся стороной.

**6. Изменение покрытия.** В случае изменения страховки следует сообщить нам об этом до момента следующего приема, чтобы мы смогли внести соответствующие изменения и помочь вам получить максимальные выплаты. Если страховая компания не оплатит ваше страховое требование в течение 45 дней, вам будет автоматически выставлен счет с остатком задолженности.

**7. Отсутствие платежа.** В случае просрочки оплаты более чем на 90 дней вам направят письмо с уведомлением о наличии 20 дней для оплаты счета в полном объеме. Частичные платежи принимаются только по особой договоренности. Обратите внимание: в случае неоплаты задолженности мы можем передать ваш неоплаченный счет в коллекторское агентство. Если вы откажетесь участвовать в разработке плана погашения неоплаченного остатка свыше 500,00 долл. США, вас могут исключить из этой практики. В этом случае вас уведомят по почте о наличии 30 дней на поиск другого варианта медицинского обслуживания. В течение этого периода в 30 дней наш врач сможет лечить вас только в экстренных случаях.

**8. Пропущенные приемы.** Согласно политике предусмотрено взимание платы за пропущенные приемы без отмены или переноса в течение 24 часов до момента приема. Эти расходы будут возложены на вас в виде счета в ваш адрес. Помогите нам обеспечить лучший уровень обслуживания пациентов, соблюдая запланированный график приемов.

Специалисты нашей практики заинтересованы в обеспечении наиболее оптимального варианта лечения пациентов. Наши цены отражают обычные и общепринятые расценки в нашем районе.

Благодарим вас за понимание нашей политики оплаты. Сообщите нам, если у вас возникнут вопросы или проблемы.

Я прочитал и понял политику оплаты и согласен соблюдать ее правила:

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента или ответственной стороны

\_\_\_\_\_  
Дата

## **Уведомление о правилах конфиденциальности Acuity Eye Group**

**В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ВАШИХ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ СО СТОРОНЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРАВИЛА ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТУПА К ЭТИМ СВЕДЕНИЯМ ДЛЯ ВАС. РЕКОМЕНДУЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ДАННЫМ ДОКУМЕНТОМ.**

**Дата вступления в силу: 1 марта 2023 г.**

### **Резюме**

В этом документе изложены принципы использования и разглашения ваших защищенных медицинских данных, а также ваши права и варианты выбора в отношении этой информации. Эта тема будет более подробно раскрыта на следующих страницах.

### **Acuity Eye Group:**

Ваша клиника или хирургический центр ранее могли называться по-другому. Acuity Eye Group организована как аффилированная организация, на которую распространяются требования, для соблюдения правил конфиденциальности.

Данное уведомление распространяется на все организации, которые ранее или сейчас известны вам как: Retina Institute of California Medical Group, осуществляющий свою деятельность под наименованием Acuity Eye Group; California Clinic Management, LLC; Trilogy Eye Medical Group, осуществляющая свою деятельность под наименованием Acuity Eye Group; Friendly Eye Medical Group; West Coast Eye Care; Orange Ambulatory Surgery Center, LLC; Renaissance Ambulatory Surgery Center, LLC; Trinity Surgical Solutions, Inc; Premiere Ambulatory Surgery Center, Inc; San Gabriel Anesthesia Associates, P.C.; San Gabriel Ambulatory Surgery Center, L.P. ; Lily Lee MD, Inc

Если вы не уверены, что данное уведомление относится к вам, свяжитесь с нами по адресу [compliance@acuityeyegroup.com](mailto:compliance@acuityeyegroup.com)

### **Использование и раскрытие информации**

Мы можем использовать и раскрывать ваши данные в следующих целях:

- ваше лечение
- выставление счетов за услуги
- управление нашей организацией
- проведение исследований
- соблюдение требований законодательства
- ответы на запросы о донорстве органов и тканей
- сотрудничество с судмедэкспертом или директором похоронного бюро
- ответы на запросы о компенсации за производственную травму, запросы от правоохранительных органов или других гос. органов
- ответы на судебные иски и разбирательства



## **Варианты выбора**

Варианты выбора использования и передачи данных для следующих целей:

- общение с вами
- уведомление семьи и друзей о вашем лечении
- реклама наших услуг

## **Ваши права**

Вы имеете право:

- получать копию своих защищенных медицинских данных в бумажном или электронном виде
- исправлять свои защищенные медицинские данные
- попросить ограничить информацию для распространения, в некоторых случаях
- получить список лиц, с которыми мы поделились вашими данными
- запросить конфиденциальный обмен данными
- получить копию данного уведомления о конфиденциальности
- выбрать человека, который будет действовать от вашего имени

## **Цель**

Acuity Eye Group (AEG или Мы) обязуется защищать вашу конфиденциальность. Мы также обязаны соблюдать конфиденциальность ваших защищенных медицинских данных (PHI) согласно Закону об отчетности и безопасности медицинского страхования (HIPAA) и другим законам на уровне государства и штата. Мы следуем законам штата о конфиденциальности, если они являются более строгими или более активно защищают ваши данные PHI по сравнению с государственным законом.

В рамках наших обязательств и соблюдения законодательства мы предоставляем вам данное Уведомление о правилах конфиденциальности (Уведомление). Темы, описанные в данном Уведомлении:

- наши юридические обязанности и методы обеспечения конфиденциальности в отношении ваших данных PHI, включая обязанность уведомлять вас после утечки данных PHI без защиты
- разрешенные способы использования и раскрытия ваших данных PHI
- ваши права в отношении своих данных PHI

## **Способ связи**

Если у вас возникнут вопросы по поводу данного Уведомления, свяжитесь с нами по адресу [compliance@acuityeyegroup.com](mailto:compliance@acuityeyegroup.com)

## **Определение данных PHI**

Ваши данные PHI:

- представляют информацию о вашем здоровье:
  - которую другие люди могут использовать для идентификации вашей личности; и
  - которую мы храним и передаем в электронной, устной или письменной форме.

- включают следующую информацию о вас:
  - имя;
  - контактная информация;
  - физическое или психическое здоровье или медицинские заболевания в прошлом, настоящем и будущем;
  - оплата продуктов или услуг здравоохранения; или
  - рецепты.
- Исключение — трудовые книжки, которые могут храниться у работодателя.

## **Сфера действия**

Мы документально фиксируем данные о вашем лечении и медицинских услугах, чтобы обеспечить ваше обслуживание и выполнить определенные юридические требования. Это Уведомление распространяется на все данные PHI, создаваемые нами.

Мы выполняем свои обязанности и применяем методы обеспечения конфиденциальности из данного Уведомления, а также любые изменения после вступления в силу.

## **Изменения в данном Уведомлении**

Мы можем изменять условия данного Уведомления. Эти изменения будут распространяться на все ваши данные в нашей организации. Новое уведомление будет доступно по запросу, в нашем офисе и на нашем сайте. Мы также отправим вам копию пересмотренного уведомления.

## **Уведомление об утечке данных**

Мы незамедлительно уведомим вас об утечке данных, способной поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность ваших данных PHI. Мы уведомим вас в течение установленного законом срока после обнаружения такого нарушения. В большинстве случаев мы будем уведомлять вас в письменном виде заказным письмом по почте или по электронной почте, если вы предоставили нам свой текущий адрес электронной почты и ранее дали согласие на получение уведомлений в электронном виде. В некоторых ситуациях уведомление могут направлять наши деловые партнеры, которые более подробно описаны ниже. В отдельных ситуациях, если у нас будет недостаточно контактной информации или она будет устаревшей, мы можем предоставить уведомление в юридически приемлемой альтернативной форме.

## **Способы использования и раскрытия ваших данных PHI**

Закон разрешает или требует от нас использовать или раскрывать ваши данные PHI по различным причинам, которые мы объясняем в данном уведомлении. Мы включили несколько примеров, но не перечислили все допустимые случаи использования или раскрытия. При использовании или раскрытии данных PHI или при запросе ваших данных PHI из другого источника мы приложим разумные усилия, чтобы ограничить использование, раскрытие или запрос ваших данных PHI до минимально необходимого объема для достижения поставленной цели.

### **Использование и раскрытие информации для лечения, оплаты или деятельности в сфере здравоохранения**

- **Лечение.** Мы можем использовать или раскрывать ваши данные PHI и передавать их другим лечащим специалистам, включая врачей, медсестер, технических сотрудников, студентов-медиков или персонал больницы, участвующий в вашем лечении. Например, мы можем раскрывать сведения о вашем общем состоянии здоровья врачам, которые лечат вас от конкретной травмы или заболевания.
- **Оплата.** Мы можем использовать и раскрывать ваши данные PHI для выставления счетов и получения оплаты от медицинских страховых компаний или других лиц. Например, мы передаем ваши данные PHI вашей медицинской страховой компании для оплаты оказанных вам услуг.
- **Деятельность в сфере здравоохранения.** Мы можем использовать и раскрывать ваши данные PHI для управления врачебной практикой и улучшения медицинского обслуживания. Например, мы можем использовать ваши данные PHI для управления предоставляемыми вам услугами или для контроля качества медицинских услуг.

### **Другие виды использования и раскрытия информации**

Мы можем передавать ваши данные другими способами, обычно в целях общественного здравоохранения, исследований или для содействия общественному благу. Мы обязаны выполнить предусмотренные законом условия до момента передачи ваших данных по этим причинам:

- **Наши деловые партнеры.** Мы можем использовать и раскрывать ваши данные PHI сторонним физическим или юридическим лицам, оказывающим услуги от нашего имени, например, в области аудита, юридической поддержки или расшифровки данных (**деловые партнеры**). Закон требует от наших деловых партнеров и их субподрядчиков защищать ваши данные PHI так же, как это делаем мы. Мы также требуем от этих сторон по договору использовать и раскрывать ваши данные PHI только согласно разрешению и защищать ваши данные PHI должным образом.
- **Соблюдение правовых норм.** Например, мы будем предоставлять ваши данные PHI, если этого потребует Министерство здравоохранения и социального обеспечения при проверке соблюдения нами законов о конфиденциальности.
- **Деятельность в области общественного здравоохранения и безопасности.** Некоторые примеры передачи ваших данных PHI:
  - подача отчетов о фактах травмы, рождения и смерти;
  - профилактика заболевания;
  - подача отчета о побочных реакциях на лекарства или дефектах изделий медицинского назначения;
  - подача отчета о подозрении на отсутствие ухода за ребенком, жестокое обращение или домашнее насилие; или
  - предотвращение серьезной угрозы общественному здоровью или безопасности.

- **Ответы на судебные иски.** Некоторые примеры передачи ваших данных PHI в ответ на:
  - судебный или административный приказ или повестку;
  - запрос о раскрытии информации; или
  - другое правовое требование
- **Исследования.** Например, мы можем передавать ваши данные PHI для некоторых видов медицинских исследований, которые не требуют вашего разрешения, например, если экспертный совет (IRB) отменил требование о письменном разрешении. Если исследование все же требует вашего разрешения, мы передадим ваши сведения только при наличии вашего согласия на передачу данных в рамках исследования.
- **Оценка качества.** Мы стремимся обеспечить наилучшее обслуживание своих пациентов. Чтобы лучше понять потребности нашего разнообразного сообщества и улучшить координацию и предоставление медицинской помощи, мы можем проводить мероприятия по оценке и улучшению качества. К ним относится оценка результатов и разработка клинических рекомендаций, мероприятия с учетом интересов населения, связанные с улучшением здоровья или сокращением расходов на здравоохранение, разработка протоколов, ведение пациентов и координация ухода.
- **Судмедэксперты или директора похоронных бюро.** Например, мы можем передавать данные PHI коронерам, судмедэкспертам или директорам похоронных бюро в случае смерти человека.
- **Донорство органов или тканей.** Например, мы можем передавать ваши данные PHI для организации санкционированного донорства ваших органов или тканей или трансплантации для вас.
- **Запросы о компенсации за производственную травму, запросы правоохранительных органов или других гос. органов** Некоторые примеры использования и раскрытия ваших данных PHI:
  - требования страховых выплат по производственным травмам;
  - деятельность по надзору за здравоохранением со стороны гос. органов или органов на уровне штата;
  - сотрудничество с правоохранительными органами на законных основаниях; или
  - специализированные государственные функции, связанные с текущими или бывшими военными, вопросами национальной безопасности и разведки, службой охраны президента или медицинской пригодностью.
- **Маркетинг или продажа медицинской информации.** Большинство случаев использования и передачи ваших медицинских данных в маркетинговых целях или продажи данной информации строго ограничены и требуют вашего письменного разрешения. Вы можете в любое время отменить свое разрешение в письменной форме, но это не повлияет на сведения, которые мы уже использовали и раскрыли на основании ранее полученного разрешения.

## **Варианты выбора**

Вы имеете право выразить свои пожелания касательно распространения определенных медицинских сведений с нашей стороны. Если у вас есть четкие предпочтения относительно объема данных для распространения с нашей стороны в описанных далее ситуациях, свяжитесь с нами по адресу [compliance@acuityeyegroup.com](mailto:compliance@acuityeyegroup.com). Мы приложим разумные усилия, чтобы выполнить ваши указания. Мы можем поделиться вашими данными, если обоснованно полагаем, что это будет в ваших интересах, и:

- когда вы не можете сообщить нам о своих предпочтениях, например, если вы находитесь без сознания
- если это необходимо для уменьшения серьезной и непосредственной угрозы здоровью или безопасности

## **Ваши права**

У вас есть определенные права касательно своих медицинских данных. В этом разделе даны пояснения ваших прав и некоторых наших обязанностей по оказанию вам помощи.

Вы имеете право:

- **Ознакомиться с вашими данными PHI и получить копию.** У вас есть право посмотреть или получить электронную/бумажную копию ваших данных PHI, хранимых у нас (право на запрос доступа). Некоторые разъяснения по поводу права доступа:
  - Мы можем потребовать подать запрос на доступ в письменном виде. Вам или законному представителю будет необходимо предоставить заполненную форму с подписью и датой.
  - Вы можете попросить нас предоставить копию ваших данных PHI члену семьи, другому лицу или назначенной организации. Мы требуем подачи таких запросов в письменном виде с подписью или подачи формы с электронной подписью с четким обозначением лица и места отправки данных PHI.
  - Вы можете запросить, чтобы мы постоянно и регулярно направляли копию ваших данных PHI третьей стороне по вашему выбору. Мы требуем подачи таких запросов в виде формы с подписью и датой, заполненной вами или законным представителем.
  - После запроса копии ваших данных PHI мы обычно принимаем решение о предоставлении или отказе в доступе в течение 15 дней. Тем не менее, если мы не сможем сделать это в течение 15 дней, мы сообщим вам причину задержки в письменном виде и приблизительный срок принятия решения по вашему запросу.
  - Мы можем отклонить ваш запрос на доступ в определенных ограниченных ситуациях. В случае отклонения запроса на доступ мы предоставим письменный отказ с указанием основания такого решения и объясним ваши права.
- **Вносить поправки.** Вы можете попросить нас исправить или внести изменения в свои данные PHI в нашей базе данных, если вы считаете их неправильными или неточными. Порядок действий для таких запросов:
  - Вы должны подать запрос в письменном или электронном виде, указав неточную или неправильную информацию PHI и предоставив обоснование своего запроса.

- Как правило, мы принимаем решение об удовлетворении или отклонении такого запроса в течение 15 дней. Если мы не сможем принять решение в течение 15 дней, мы сообщим вам причину задержки в письменном виде и укажем планируемый срок принятия решения, который не должен превышать дополнительные 30 дней. Мы будем просить о продлении срока обработки запроса только один раз.
- Мы можем отклонить ваш запрос на внесение изменений, если вы попросите нас внести изменения в данные PHI, которые не являются частью нашей базы данных, не были созданы нами, не являются частью определенного набора документов или не являются точными и полными.
- Если мы отклоним ваш запрос, мы сообщим вам причину в письменном виде. У вас будет право подать письменное заявление о несогласии с отказом. Если вы решите не подавать такое заявление, вы можете потребовать, чтобы мы предоставили ваш первоначальный запрос на внесение изменений и отказ при будущем раскрытии данных PHI, подлежащих изменению. Тем не менее, мы можем подготовить письменное опровержение на заявление любого лица о несогласии. Мы приложим материалы, созданные или предоставленные согласно данному пункту, к вашей указанной документации.
- **Запросить дополнительные ограничения.** Вы имеете право попросить нас ограничить использование или передачу ваших данных PHI (право на запрос ограничений). Вы можете связаться с нами и попросить не использовать и не передавать определенные данные PHI для лечения, оплаты или ведения деятельности в сфере здравоохранения, а также определенным лицам, участвующим в вашем лечении. Мы требуем подачи этого запроса в письменном виде. Порядок действий для таких запросов:
  - Мы не обязаны соглашаться.
  - Мы можем ответить отказом, если это повлияет на ваше медицинское обслуживание.
  - Тем не менее, мы согласимся не раскрывать данные медицинской страховой компании для целей оплаты или деятельности в сфере здравоохранения, если запрашиваемое ограничение касается предмета или услуги медицинского назначения, за которые вы или другое лицо, а не компания медицинского страхования, полностью заплатили из собственных средств, если иное не требуется по закону.
- **Запросить отчет о раскрытии данных.** Вы имеете право запросить отчет о некоторых случаях раскрытия данных PHI с нашей стороны. Порядок действий для таких запросов:
  - Мы можем запросить дополнительные 15 дней в течение этого 30-дневного периода, но мы имеем право делать это не более одного раза с предоставлением письменного объяснения причин и указанием даты, к которой мы намерены отправить ответ.
  - Мы включим все факты раскрытия данных, кроме тех, которые касаются лечения, оплаты и ведения деятельности в сфере здравоохранения, а также некоторые другие виды раскрытия данных, например, по вашему запросу.
  - Мы будем предоставлять один отчет в год бесплатно.

- **Запросить конфиденциальный обмен данными.** Вы имеете право потребовать, чтобы мы общались с вами по вопросам здоровья определенным образом или в определенном месте. Например, вы можете попросить связываться с вами только на работе или по определенному адресу. Порядок действий для таких запросов:
  - Вы должны указать способ и место связи с вами.
  - Мы обязуемся удовлетворить разумные просьбы.
- **Выбрать человека, который будет действовать от вашего имени.** Если вы выдали другому человеку медицинскую доверенность или если у вас имеется законный опекун, этот человек может осуществлять ваши права и делать выбор в отношении ваших данных PHI. Перед совершением любых действий мы проверим, что это лицо имеет такие полномочия и может действовать от вашего имени.
- **Подать жалобы.** У вас есть право подать жалобу, если вы считаете, что мы нарушили ваши права. Мы не будем преследовать вас за подачу жалобы. Способы подачи жалобы:
  - Напрямую в нашу организацию по адресу [compliance@acuityeyegroup.com](mailto:compliance@acuityeyegroup.com). Все жалобы следует подавать в письменном виде. Жалобу также можно отправить в Управление по гражданским правам при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США. Способы отправки: по почте на адрес: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, по телефону 1-877-696-6775; или через сайт [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

### Подтверждение получения

Я, \_\_\_\_\_, (имя физического лица), подтверждаю, что \_\_\_\_\_ (дата), получил копию Уведомления о правилах конфиденциальности Acuity Eye Group и что я прочитал и понял его. Я понимаю следующее:

- У меня есть определенные права на конфиденциальность моих данных PHI.
- АЕГ может и будет использовать мои данные PHI для лечения, оплаты и ведения деятельности в сфере здравоохранения.
- В Уведомлении более подробно объясняется, как АЕГ может использовать и передавать мои данные PHI для других целей.
- У меня есть права в отношении моих данных PHI, перечисленные в этом Уведомлении.
- АЕГ имеет право периодически вносить изменения в Уведомление, и я могу получить актуальную копию Уведомления, написав на адрес [compliance@acuityeyegroup.com](mailto:compliance@acuityeyegroup.com)

\_\_\_\_\_   
Подпись пациента или представителя пациента

\_\_\_\_\_   
Дата

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Связь/родство с пациентом: \_\_\_\_\_

#### **Согласие на получение данных в электронном виде**

\_\_\_\_\_ [поставить инициалы] Я согласен на получение от АЕГ смс-сообщений, электронной почты и уведомлений через другие средства онлайн-связи для напоминаний о приеме или других услуг АЕГ на номер телефона и электронную почту, указанные в моей медицинской карте.

#### **ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ:**

**Разумные усилия по получению формы подтверждения**  *Поставить галочку в этой графе, если пациент поставил подпись выше*

Я пытался получить подпись пациента или его представителя на форме подтверждения получения Уведомления о правилах конфиденциальности HIPAA, но не смог этого сделать, что зафиксировано ниже:

Причина: \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_



## УВЕДОМЛЕНИЕ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ И ПОНИМАНИЯ СУТИ

### Уведомление пациента об открытых платежах CMS

База данных открытых платежей — это государственный инструмент для поиска платежей компаний по производству лекарств и оборудования врачам и учебным больницам.

Следующую ссылку на страницу открытых платежей государственных центров услуг Medicare и Medicaid (CMS) можно использовать только в информационных целях:

<https://openpaymentsdata.cms.gov>

### Уведомление пациента о Медицинской комиссии Калифорнии

Медицинская комиссия Калифорнии занимается выдачей лицензий и координацией деятельности врачей.

Проверить наличие лицензии или подать жалобу можно на сайте [www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov), по электронной почте [licensecheck@mbc.ca.gov](mailto:licensecheck@mbc.ca.gov) или по телефону (800) 633-2322.

\_\_\_\_\_  
Пациент (или лицо с правом подписи за пациента)

\_\_\_\_\_  
Дата

Имя пациента печатными буквами: \_\_\_\_\_

## СОГЛАШЕНИЕ ОБ АРБИТРАЖЕ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ

**1 статья:** Соглашение об арбитраже. Стороны понимают, что спор о медицинской недобросовестности, то есть о том, были ли медицинские услуги, оказанные по настоящему договору, ненужными или неодобренными или же они были оказаны ненадлежащим образом, халатно или некомпетентно, будет решаться путем передачи дела в арбитраж согласно законодательству штата Калифорния, а не путем подачи иска или обращения в суд, за исключением случаев, когда по законам штата Калифорния предусмотрено судебное рассмотрение арбитражного разбирательства. При заключении настоящего договора обе стороны отказываются от своего конституционного права на рассмотрение такого спора в суде присяжных, и вместо этого соглашаются на использование арбитража.

**2 статья:** Все исковые заявления должны быть рассмотрены в арбитражном суде. Согласно намерению, данное соглашение обязывает все стороны, чьи исковые заявления могут возникнуть в связи с лечением или услугами, предоставленными врачом, включая супруга(-у) или наследников пациента и детей, рожденных или нерожденных, на момент возникновения ситуации, дающей повод для иска. В случае беременной женщины термин «пациент» означает как мать, так и ее ожидаемого ребенка или детей. Все исковые заявления о денежном ущербе, превышающем пределы юрисдикции суда мелких тяжб против врача, его сторон, помощников, объединений, компаний или партнерства, а также сотрудников, представителей и правопреемников любого рода должны рассматриваться в арбитраже, включая, помимо прочего, иски об утрате супружеской общности жизни, смерти в результате неправомерных действий, моральных страданиях или штрафных убытках. Подача врачом иска в суд с целью взыскания гонорара с пациента не отменяет права на принудительное рассмотрение в арбитраже иска о профессиональной некомпетентности. Тем не менее, после предъявления иска против врача спор о гонораре также должен быть разрешен путем арбитража, независимо от того, является ли он предметом существующего судебного разбирательства.

**3 статья:** Процедуры и применимое законодательство. Требование о проведении арбитража должно быть направлено в письменном виде всем сторонам. Каждая сторона должна выбрать арбитра (арбитр стороны) в течение тридцати дней, а третий арбитра (нейтральный арбитра) будет выбран арбитрами, назначенными сторонами, в течение тридцати дней после запроса нейтрального арбитра любой из сторон. Каждая сторона арбитража обязана оплатить пропорциональную долю расходов и гонораров нейтрального арбитра, а также других расходов арбитража, понесенных или утвержденных нейтральным арбитром, не включающих гонорары адвокатов или свидетелей, или другие расходы, понесенные стороной в собственных интересах. Стороны соглашаются, что арбитры, выступающие в качестве арбитра по настоящему договору, наделены иммунитетом судебного должностного лица от гражданской ответственности. Этот иммунитет дополняет другие применимые нормы общего права. Любая из сторон имеет абсолютное право рассматривать в арбитраже отдельно вопросы ответственности и возмещения ущерба по письменному запросу нейтральному арбитру. Стороны согласны на вступление и присоединение к этому

арбитражному разбирательству физических или юридических лиц, которые в противном случае были бы надлежащей дополнительной стороной в судебном процессе, и после такого вступления и присоединения существующий судебный процесс против такого дополнительного физического или юридического лица будет приостановлен до момента завершения арбитражного разбирательства.

Стороны согласны с применением положений законодательства штата Калифорния, применимых к поставщикам медицинских услуг, включая, но не ограничиваясь, Разделом 340.5 и 667.7 Гражданского процессуального кодекса и Разделом 3333.1 и 3333.2 Гражданского кодекса, к спорам в рамках настоящего арбитражного соглашения. Любая сторона может подать арбитрам ходатайство о вынесении решения в порядке упрощенного производства или упрощенного судебного разбирательства в соответствии с Гражданским процессуальным кодексом. Раскрытие информации проводится в соответствии с разделом 1283.05 Гражданского процессуального кодекса, но снятие показаний может проводиться без предварительного разрешения нейтрального арбитра.

**4 статья:** Общие положения. Все исковые заявления, основанные на одном и том же инциденте, событии или связанных обстоятельствах, должны быть рассмотрены в рамках одного арбитражного разбирательства. Исковое заявление подлежит отказу и бессрочному запрету на рассмотрение, если (1) на дату получения уведомления об иске при рассмотрении его в рамках гражданского дела, он был запрещен согласно применимому по законодательству Калифорнии сроку давности, или (2) истец не смог подать арбитражный иск согласно процедурам, предусмотренным в этом документе, проявив разумную активность. В отношении любого вопроса, не оговоренного в настоящем документе, арбитры должны руководствоваться положениями Гражданского процессуального кодекса штата Калифорния, относящимися к арбитражу.

**5 статья:** Аннулирование. Чтобы отменить настоящее соглашение, следует направить письменное уведомление врачу в течение 30 дней с момента подписания. Настоящее соглашение распространяется на все медицинские услуги, оказанные в любое время в связи с заболеванием.

**6 статья:** Обратная сила. Если пациент желает распространить действие данного соглашения на услуги, оказанные до даты его подписания (включая, но не ограничиваясь, неотложной помощью), он должен поставить свои инициалы ниже, после чего сроком вступления данного соглашения в силу будет считаться дата оказания медицинских услуг в первый раз:

\_\_\_\_\_ **Инициалы пациента или представителя пациента**

Если любое положение настоящего арбитражного соглашения будет признано недействительным или лишенным законной силы, остальные положения останутся в силе и на них не повлияет недействительностью другого положения. Я понимаю, что имею право на получение копии данного арбитражного соглашения. Своей подписью ниже я подтверждаю получение копии.

**ПРИМЕЧАНИЕ: ПОДПИСЫВАЯ ЭТОТ ДОГОВОР, ВЫ СОГЛАШАЕТЕСЬ С РЕШЕНИЕМ ЛЮБОГО ВОПРОСА, СВЯЗАННОГО С МЕДИЦИНСКОЙ НЕКОМПЕТЕНТНОСТЬЮ, В РАМКАХ АРБИТРАЖА НЕЙТРАЛЬНОЙ СТОРОНОЙ И ОТКАЗЫВАЕТЕСЬ ОТ СВОЕГО ПРАВА НА СУДЕБНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО С УЧАСТИЕМ ПРИСЯЖНЫХ. СМ. 1 СТАТЬЮ НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА.**

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента или представителя пациента

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Имя пациента печатными буквами

\_\_\_\_\_  
Подпись врача или уполномоченного представителя

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Имя представителя пациента печатными буквами и его родство/связь с пациентом (если имеется)