

Добро пожаловать в систему клиник психического здоровья MultiCare

Мы отправляем Вам пакет документов для нового пациента после Вашей телефонной/виртуальной консультации. С этими документами необходимо ознакомиться, а также заполнить/подписать их. Эти документы всегда выдаются при первом приёме. Оказывая услуги телетерапии, мы обязаны передать Вам эти документы и получить их заполненными и подписанными Вами.

Обратите внимание, что некоторые из этих документов необходимо подписать и вернуть нам. Такие страницы выделены для Вашего удобства. Мы просим Вас проставить дату и подпись или Ваши инициалы в разделах с пометкой «Дата и подпись клиента». Если пациентом является ребёнок 13 лет и старше, он **обязан** подписать эти документы, а родитель/опекун может поставить рядом свою подпись. Также, пожалуйста, напишите имя и фамилию клиента на каждой странице печатными буквами.

Вернуть нам необходимо ТОЛЬКО перечисленные ниже документы.

1. Согласие с условиями лечения и раскрытия финансовой информации при амбулаторном лечении
2. Согласие на предоставление услуг телемедицины
3. Заявление о раскрытии клинической информации
4. Формы и подписи
5. Согласие на предоставление информации DSHS (только для Greater Lakes)
6. Все шкалы/ анкеты, требующие заполнения

Мы готовы принять заполненные и подписанные документы несколькими способами:

- Вы можете отправить эти документы почтой US Mail (мы приложили готовый конверт);
- Вы можете передать документы непосредственно в клинику, где получаете услуги по лечению психических расстройств или расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (ПАВ/SUD) (адрес, телефон и факс указаны ниже).

Клиника Greater Lakes Mental Health: 9330 59th Ave. SW, Lakewood, WA 98499. Факс: 253-620-5002, тел.: 253620-5150.

Клиника MultiCare Behavioral Health: 325 East Pioneer, Puyallup, WA 98372. Факс: 253-697-8393, или отправьте пакет документов по эл. почте на адрес bhmedicalrecords@MultiCare.org. Тел.: 253-697-8530.

Клиника Navos Mental Health: 1210 SW 136th St., Burien, WA 98166. Факс: 206-257-6830, тел.: 206-257-6609.
1033 SW 152nd St., Burien, WA 98166. Факс: 206-257-6830, тел.: 206-257-6609.

Если у Вас остались вопросы или сомнения, связанные с передачей пакета документов, мы можем помочь. Позвоните по одному из телефонов, перечисленных выше, и мы обязательно ответим на Ваши вопросы.

Благодарим!

Сеть клиник психического здоровья MultiCare
Группа управления медицинской информацией

Согласие с условиями лечения и раскрытия финансовой информации при амбулаторном лечении

Я даю согласие на получение амбулаторного психического лечения и соответствующих услуг от сети клиник MultiCare Behavioral Health Network (Greater Lakes Mental Health, MultiCare Behavioral Health (MBH), клиника в Навоце).

Я даю согласие на получение амбулаторного лечения расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, и соответствующих услуг от сети клиник MultiCare Behavioral Health Network (Greater Lakes Mental Health, MultiCare Behavioral Health (MBH), клиника в Навоце).

СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ: я даю согласие на лечение, осуществляемое MultiCare Health System («MultiCare»), а также медицинскими работниками, работающими на MultiCare, или иным образом связанными с ней (т.е. клиниками Navos, MBH, Greater Lakes, Behavioral Health Network (BHN)), в которых я буду обслуживаться. Это согласие распространяется также на обследования, оценки, тесты, лабораторные анализы, лечение психических расстройств или расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Я понимаю, что имею право в любой момент задавать вопросы о процедурах и участвовать в принятии решений касательно моего лечения.

ОТСУТСТВИЕ ГАРАНТИИ РЕЗУЛЬТАТОВ И ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ: мне не были даны никакие обещания или гарантии результатов или выздоровления.

СЪЕМКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И/ИЛИ ИДЕНТИФИКАЦИИ: в целях диагностики и лечения, я разрешаю съёмку, например фотографирование, и использование её результатов. Включая видеорегистрацию, регистрацию параметров и запись электронными средствами. Полученную информацию я разрешаю использовать в дополнение к текстовой информации для описания моего заболевания или травмы. Отдельные изображения подлежат временному использованию и уничтожению сразу после того, как в них отпадает необходимость. Другие изображения могут храниться в моей медицинской карте по решению моих лечащих врачей. Кроме того, я разрешаю использовать свои фотографии для идентификации.

ФОТОСЪЕМКА ИЛИ ВИДЕОЗАПИСЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ: я понимаю, что необходимо получить разрешение от всех медицинских работников и всех других присутствующих лиц, прежде чем фотографировать или снимать на видео кого-либо из них. Я также понимаю, что запрещено записывать разговоры какими-либо средствами без предварительного разрешения от всех записываемых лиц.

Мне известно, что моя клиника использует видеонаблюдение в вестибюлях и на внешних объектах (например, на парковках) в целях безопасности и обеспечения рабочих процессов.

ФИНАНСОВОЕ СОГЛАШЕНИЕ: я согласен (согласна) оплачивать услуги филиалов MultiCare (Navos, Greater Lakes, MBH) по стандартным расценкам и на условиях, применимых к моему обслуживанию, и определённых в любой имеющейся у меня медицинской страховке. Я разрешаю MultiCare обжаловать любой отказ, полученный от моей страховой компании. Если третья сторона не оплатит полученные мной услуги, я даю согласие оплатить их в соответствии с договором или согласно законодательству. Если третья сторона причинила мне травму, я понимаю, что MultiCare имеет право взыскания оплаты за медицинские услуги в соответствии со статьей RCW 60.44.010. (Это право взыскания распространяется только на часть доходов от любого урегулирования между мной и стороной, которая причинила мне вред). Если оплата моего счёта потребует вмешательства юриста или коллекторского агентства, я даю согласие оплатить все разумные гонорары и расходы адвокатов, включая комиссионные и все прочие причитающиеся к оплате суммы. Информация об оценочной стоимости медицинских услуг доступна по запросу. Я понимаю, что имею право запросить эту информацию.

Идентификация пациента — обязательно прикрепляйте

стикер с QR-кодом пациента

Имя и фамилия пациента

№ медкарты (MRN #):

№ обращения (CSN #):

Возраст / пол:

СОГЛАСИЕ С УСЛОВИЯМИ ЛЕЧЕНИЯ И РАСКРЫТИЯ ФИНАНСОВОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Стр. 1 из 3



60-0840-7 (12/23)

Я понимаю, что моя клиника может отправлять мою идентифицирующую информацию сторонним плательщикам, например, организациям регулируемого медицинского обслуживания (МСО), Medicare, Medicaid и пр. Вся информация о клиентах, отправляемая таким агентствам, является конфиденциальной и используется исключительно для выставления счетов. Я даю согласие и настоящим разрешаю раскрытие информации о моем психическом здоровье и/или расстройстве, связанном с употреблением ПАВ, этим агентствам.

ПРЕДСТАВИТЕЛИ И ПОДРЯДНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ: все упоминания «MultiCare» в данном документе включают в себя сотрудников MultiCare, должностных лиц, представителей, доверенных лиц, агентов по ответственности перед первыми и третьими сторонами и агентов по претензиям, администраторов по претензиям третьих сторон и агентства по сбору платежей — их представители и сотрудники получают всю информацию, которую разрешено получить MultiCare.

MEDICARE: если у меня есть страховка Medicare, то я понимаю, что мне необходимо оплачивать услуги, не покрываемые программой Medicare. Это может включать, в том числе, услуги, покрываемые страхованием автомобиля или ответственности, или услуги, в которых третья сторона несет иную ответственность за любой несчастный случай или травму, приведшую к моей потребности в лечении, а также любые услуги, которые иным образом не покрываются Medicare.

СОВМЕСТНОЕ СТРАХОВАНИЕ: по моей программе Medicare или другим страховым планам возможно совместное страхование (частичное покрытие) предоставленного медицинского обслуживания.

РАЗРЕШЕНИЯ НА СООБЩЕНИЯ ЧЕРЕЗ ТЕЛЕФОН, ЭЛЕКТРОННУЮ ПОЧТУ, ТЕКСТОВЫЕ СООБЩЕНИЯ: я даю разрешение и согласие компании MultiCare и её аффилированным лицам:

(1) звонить мне по любому относящемуся ко мне номеру телефона, включая номера беспроводной (сотовой) связи; (2) оставлять мне сообщения на автоответчике и голосовой почте и включать в любые такие сообщения информацию, разрешённую законодательством (в т.ч. законами о взыскании долгов) и/или относительно сумм моей задолженности; (3) отправлять мне текстовые сообщения или электронные письма, используя предоставленные мной адреса электронной почты или мобильных устройств; (4) использовать предварительно записанные/синтезированные голосовые сообщения и/или устройства автоматического набора номера («автодозвон») для передачи любых сообщений, предназначенных мне или связанных с моими запланированными услугами и моей учетной записью, если я не «отписался(-ась)» от таких писем и текстовых сообщений или иным образом не уведомил(-а) MultiCare в письменной форме о нежелательности такой связи по этим каналам. Я понимаю, что для вступления процедуры отказа в силу может потребоваться до 10 рабочих дней. Я понимаю, что получение мной сообщений в этих форматах не является обязательным условием получения услуг в MultiCare и от специалистов MultiCare.

ПЕРЕСЫЛКА ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ; MYCHART: я понимаю, что обмен электронными, текстовыми и другими письменными сообщениями с моими врачами или другими специалистами может привести к раскрытию защищённой медицинской информации неуполномоченным лицам, и что MultiCare не может контролировать, кто просматривает такую информацию при её отправке в незашифрованном виде. Я понимаю, что MultiCare предлагает всем пациентам пользоваться системой MyChart. Она обеспечивает полностью зашифрованный и защищённый канал для связи с большинством специалистов, но не все специалисты MultiCare используют MyChart. Если я отправляю сообщения или отвечаю на них по незашифрованным каналам, я принимаю на себя ответственность за риск раскрытия моей информации. Кроме того, я разрешаю MultiCare и её специалистам связываться со мной аналогичным способом, пока я не решу отказаться от такого метода связи, письменно уведомив об этом MultiCare. Я понимаю, что внесение любых изменений в методы связи требует до 10 рабочих дней.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ РАСПОРЯЖЕНИЕ / ЗАВЕЩАНИЕ О ПОДДЕРЖАНИИ ЖИЗНИ: я понимаю, что имею право оставить предварительное распоряжение по вопросам лечения (часто называемое «завещанием о поддержании жизни») и/или предварительное распоряжение по лечению психических проблем. Я понимаю, что могу получить информацию о политике по заблаговременным распоряжениям в своей клинике (от врача). Если я заполнил(-а) форму предварительного распоряжения, я согласен (согласна) предоставить копию этой формы моему врачу (клинике).

ДОВЕРЕННОСТЬ НА ПРИНЯТИЕ МЕДИЦИНСКИХ РЕШЕНИЙ / ДОВЕРЕННОСТЬ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ: я понимаю, что имею право назначить другого человека или нескольких лиц, которые будут принимать за меня решения о получении мною медицинских услуг по психиатрии, если я не смогу принимать решения самостоятельно. Сюда могут входить решения о предоставлении медицинских услуг (включая решения о поддержании жизни), а также решения о лечении психических состояний/расстройств. Я обязуюсь предоставить MultiCare соответствующие документы или сообщить, где они находятся.

Идентификация пациента — обязательно прикрепляйте

стикер с QR-кодом пациента

Имя и фамилия пациента

№ медкарты (MRN #):

№ обращения (CSN #):

Возраст / пол:

СОГЛАСИЕ С УСЛОВИЯМИ ЛЕЧЕНИЯ И РАСКРЫТИЯ ФИНАНСОВОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Стр. 2 из 3



60-0840-7 (12/23)

ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ И ПОДТВЕРЖДЕНИЯ: мне было предоставлено изложение моих личных прав на предпочитаемом мною языке, и я понимаю, что могу связаться с администратором или моим лечащим врачом, если у меня возникнут вопросы. Мне сообщили о наличии местных правозащитных организаций, которые могут помочь мне разобраться в моих правах. Мне предоставили копию этой формы и список случаев непрофессионального поведения персонала, а также информацию о том, к кому обратиться, если я захочу подать жалобу.

Я понимаю, что огнестрельное и другие виды оружия запрещены в любом учреждении сети MultiCare Behavioral Health Network (МСВНН), и что меня попросят покинуть помещение, если у меня есть оружие.

Я понимаю, что учреждение психологической помощи — это среда, свободная от табака, запрещенных веществ, алкоголя и марихуаны. Эти вещества запрещены в помещениях агентства. Продажа или обмен таких веществ (незаконных, рецептурных, алкоголя и пр.) запрещена в помещениях учреждений. Лиц, находящихся под воздействием наркотиков/ алкоголя, могут попросить перенести свой визит и покинуть территорию.

Настоящее согласие остаётся в силе на всё время оказания мне услуг по лечению психических заболеваний и/или расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, пока они не будут прекращены.

Подпишите и поставьте дату ниже:

**

Подпись клиента (в возрасте от 13 лет и старше)

**

Родитель / законный представитель

**

Полное имя печатными буквами и отношение к пациенту

**

Дата

Идентификация пациента — обязательно прикрепляйте

стикер с QR-кодом пациента

Имя и фамилия пациента

№ медкарты (MRN #):

№ обращения (CSN #):

Возраст / пол:

**СОГЛАСИЕ С УСЛОВИЯМИ ЛЕЧЕНИЯ И
РАСКРЫТИЯ ФИНАНСОВОЙ ИНФОРМАЦИИ
ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ**

Стр. 3 из 3



60-0840-7 (12/23)

Согласие на предоставление услуг телемедицины

Я понимаю, что телемедицина — это использование электронных информационных и коммуникационных технологий поставщиком медицинских услуг для оказания услуг физическому лицу, когда такое лицо не может физически посетить поставщика, но может выйти на связь в режиме реального времени.

Подписывая эту форму, я даю свое согласие клиникам MultiCare Behavioral Health (MBH), Greater Lakes Mental Health (GMH) или Navos на предоставление мне услуг методом телемедицины.

Я понимаю, что законы о защите неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности медицинской информации также распространяются на услуги, предоставляемые мне методом телемедицины.

Я понимаю, что телемедицинские услуги могут быть прекращены в любое время по моему собственному желанию, или если мой поставщик услуг решит, что телемедицинские услуги больше не нужны. Эта информация будет записана в моей электронной медицинской карте. Если услуги телемедицины будут прекращены, я буду получать услуги только по телефону или, по возможности, при личных визитах.

Я понимаю, что мне нужно быть готовым(-ой) ко всем телемедицинским сеансам и выходить на них вовремя.

Я понимаю, что во время сеанса мне нужно находиться в тихом месте, где никто не должен мешать.

Я понимаю, что в начале сеанса от меня требуется сообщить свой номер телефона на случай отказа оборудования телемедицины, чтобы продолжить сеанс по телефону.

Я согласен (согласна) уведомлять своего провайдера, если у меня возникнут технологические проблемы, мешающие получению моих телемедицинских услуг.

Я понимаю, что у меня есть право подать жалобу, если я считаю, что мои права нарушаются, я обеспокоен(-а) качеством медицинской помощи/лечения, которое получаю, или у меня есть какие-либо этические проблемы, связанные с телемедицинскими услугами.

ПРОЦЕДУРА ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ: Вы имеете право обратиться в Департамент здравоохранения штата Вашингтон, если считаете, что Ваш консультант ведет себя непрофессионально, что описано в RCW 18.130.180. Washington State Department of Health, Health Systems Quality Assurance, Complaint Intake, P.O. Box 47857, Olympia, WA 98504-7857 или 360-236-4700.

Выгоды, ограничения и риски

MultiCare Behavioral Health Network использует для телемедицины платформы, соответствующие стандарту HIPAA. Клиники MBH, GLMH и Navos приняли меры, чтобы сделать предоставление телемедицинских услуг максимально безопасным, но всё же при оказании виртуальных услуг есть некоторые риски: перехват передачи или простое подслушивание разговоров во время сеанса другими людьми.

Если происходит отказ систем телемедицины, сеанс прерывается / неожиданно завершается. Тогда оператор попытается повторно запустить сеанс. Если это не удастся, оператор свяжется с Вами по телефону и предоставит вместо этого услугу по телефону (телефонную консультацию), если такая замена возможна. Если это невозможно, провайдер свяжется с Вами позже, чтобы перенести сеанс.

Я внимательно прочитал(-а) и понимаю все приведённые выше разделы, и могу получить копию этой формы, что подтверждаю моей подписью ниже.

Подпись клиента (в возрасте от 13 лет и старше): * _____

Подпись родителя/опекуна: * _____

Дата: _____

Идентификация пациента — обязательно прикрепляйте

стикер с QR-кодом пациента

Имя и фамилия пациента

№ медкарты (MRN #):

№ обращения (CSN #):

Возраст / пол:

**СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
УСЛУГ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ**



60-0841-8 (12/23)

Заявление о раскрытии информации консультанту

Чтобы обеспечить высокие стандарты практики в соответствии с лицензионными требованиями Закона о психическом здоровье, Сеть психиатрических клиник (BHN), в состав которой входят клиники Greater Lakes Mental Health, MultiCare Behavioral Health и Navos, нанимает консультантов, прошедших подготовку в соответствии с профессиональными стандартами в области психологии, социальной работы, расстройств, связанных с употреблением ПАВ, и в других смежных областях. BHN предоставляет услуги людям, страдающим эмоциональными, поведенческими, психическими расстройствами и расстройствами, связанными со злоупотреблением ПАВ. Эти услуги включают, помимо прочего, оценку потребностей, индивидуальную/семейную/групповую терапию для взрослых и детей, и ведение пациентов. Кроме того, мы ведём медицинские карты, проводим рассмотрения случаев в соответствии с процедурами, обучение без отрыва от работы, еженедельное наблюдение и консультации психиатров, которые соответствуют требованиям законодательства штата Вашингтон о психическом здоровье и помогают гарантировать высокое качество услуг наших консультантов.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

Я понимаю, что записи обо мне защищены Законом штата Вашингтон RCW 70.02 и федеральным законом HIPAA 45 CFR, части 160 и 164, а также федеральными законами, регулирующими конфиденциальность записей пациентов, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, 42 CFR, часть 2. Учреждения Сети психиатрических клиник будут раскрывать медицинскую информацию без разрешения клиента только в той степени, в которой это требуется по закону.

При проведении семейной терапии, пациент (в возрасте от 13 лет) или его родитель / законный опекун (при возрасте до 13 лет) подписывает форму разрешения на предоставление информации от имени всех участников терапевтических сеансов. Конфиденциальная информация будет раскрываться только в соответствии с федеральными законами (HIPAA 45 CFR, части 160 и 164, 42 CFR, часть 2) и законами штата (RCW 70,02) о раскрытии медицинской информации. Конфиденциальная информация о психическом здоровье членов семьи, наркозависимости и/или заболеваний, передающихся половым путем, перед раскрытием будет проверена на возможности сокращения.

Ниже представлена информация о группе консультантов, с которыми Вы будете встречаться, а также информация, которую штат требует от консультантов.

Группа: BHN Intake **Имя и контактная информация руководителя:** Марси МакКлор (Marcy McClure), LMHC: тел. 253 620 5075.

В состав группы консультантов входят стажеры, аффилированные консультанты, ассоциированные и лицензированные консультанты, а также стажеры и специалисты по расстройствам, связанным с употреблением ПАВ. В любое время Вы можете запросить список сотрудников, в котором будут указаны имя, фамилия, отделение и номера удостоверений/лицензий штата Вашингтон для всех членов группы.

- Стажеры клиник проводят лечение под наблюдением утверждённого руководителя. (Стажеры не имеют права самостоятельно выполнять социальную работу в клиниках, давать консультации по психическому здоровью или проводить терапию по вопросам брака и семьи за плату, будь то денежную или иную).
- Аффилированные консультанты проводят лечение под наблюдением утвержденного руководителя. (Аффилированные консультанты не имеют права самостоятельно выполнять социальную работу в клиниках, давать консультации по психическому здоровью или проводить терапию по вопросам брака и семьи за плату, будь то денежную или иную).
- Ассоциированные и лицензированные консультанты проводят лечение под наблюдением утверждённого руководителя. (Ассоциированные и лицензированные консультанты не имеют права самостоятельно выполнять социальную работу в клиниках, давать консультации по психическому здоровью или проводить терапию по вопросам брака и семьи за плату, будь то денежную или иную).
- Профессиональные стажеры по расстройствам, связанным с употреблением ПАВ, проводят лечение под наблюдением утверждённого руководителя.

Образование, обучение и опыт: все специалисты имеют степень магистра в области консультирования или социальной работы и имеют сертификаты МНР (специалисты в области психического здоровья). Они прошли подготовку в области оценки и диагностики психического здоровья.

Практика выставления счетов / информация: в зависимости от услуг, которые Вы получаете, обратитесь к перечисленным ниже документам.

- Согласие на раскрытие информации об условиях лечения и раскрытие финансовой информации
- Заявление и согласие на оказание терапевтических услуг в области психического здоровья

Контактная информация Департамента здравоохранения

Вы имеете право обратиться в Департамент здравоохранения штата Вашингтон, если считаете, что Ваш консультант совершает действия, которые можно расценить как непрофессиональное поведение. Чтобы просмотреть полный список таких действий, прочтите RCW 18.130.180. Если во время Вашего лечения возникнет какая-либо из следующих ситуаций, Вы можете подать жалобу на веб-сайте Департамента здравоохранения по адресу www.doh.wa.gov или отправить жалобу по почте:

Washington State Department of Health
Health Systems Quality Assurance Complaint Intake
P.O. Box 47857
Olympia, WA 98504-7857
Тел. (360) 236-4700
E-mail: HSQAComplaintIntake@doh.wa.gov

Я понимаю, что имею право отказаться от лечения, и право выбрать врача и метод лечения, который лучше всего соответствует моим индивидуальным потребностям. Информация, содержащаяся в этом документе, не даёт мне никаких новых прав, и не заменяет государственные законы или законы штата, либо правила и профессиональные стандарты.

Моя подпись ниже означает мое согласие на лечение, предлагаемое системой клиник Behavioral Health Network. Я прочитал(-а) и понял(-а) информацию, содержащуюся в этом документе, и мне была предоставлена его копия.

Подпись клиента (обязательна с 13 лет)

Дата

Подпись родителя/опекуна

Дата

Подпись специалиста

Дата

Страница 2 из 2

Идентификация пациента — обязательно прикрепляйте

стикер с QR-кодом пациента

Имя и фамилия пациента

№ медкарты (MRN #):

№ обращения (CSN #):

Возраст / пол:

ЗАЯВЛЕНИЕ О РАСКРЫТИИ ИНФОРМАЦИИ КОНСУЛЬТАНТУ



60-0842-9 (Rev. 3/24)



Формы и подписи

Ниже перечислены названия и краткое описание форм и информационных листов, содержание которых, по правилам штата, федерального правительства и агентства, мы должны показать и разъяснить Вам. Сотрудник, помогающий Вам с оформлением пакета документов, объяснит Вам суть этих форм, и Вас попросят проставить Ваши инициалы в каждом пункте, чтобы подтвердить, что Вам была предоставлена эта информация. Если у Вас останутся какие-либо вопросы по поводу какой-либо из этих форм, обязательно задайте их и запросите разъяснения.

Проставьте инициалы во всех пунктах ниже, если Вы получили или Вам предоставили указанные ниже документы.

1. Документ «Стандарты профессионального поведения» необходим по требованию Департамента здравоохранения штата Вашингтон, чтобы помочь Вам стать информированным клиентом-потребителем консультационных услуг.
 Я получил(-а) копию документа «Стандарты профессионального поведения».
2. Документ «Порядок рассмотрения жалоб» содержит рекомендации по процедуре подачи жалоб в Behavioral Health Network, если Вы окажетесь недовольны каким-либо аспектом предоставляемых Вам услуг.
 Я получил(-а) копию документа «Порядок рассмотрения жалоб».
3. «Права клиента». Этот документ разработан Департаментом социального обеспечения и здравоохранения штата Вашингтон, чтобы информировать Вас о Ваших правах при получении услуг по охране психического здоровья.
 Я получил(-а) копию документа «Права клиента».
4. Информация о Предварительном распоряжении о психическом лечении (Mental Health Advance Directive, также PAD). В этом документе содержится краткое описание назначения Предварительного распоряжения о психическом лечении, и о том, как Вы можете получить дополнительную информацию.

Если вам 18 и больше лет:

Я прочитал(-а) и понял(-а) полученную мной письменную информацию о предварительных распоряжениях.

ПРОСТАВЬТЕ ВАШИ ИНИЦИАЛЫ ОКОЛО ОДНОГО из следующих утверждений.

- У меня нет Предварительного распоряжения, и я получил(-а) контактную информацию для помощи в его составлении.
- У меня есть Предварительное распоряжение, и я предоставлю его копию в MultiCare Behavioral Health PHP.
- У меня есть предварительное распоряжение, но я НЕ БУДУ предоставлять копию в MultiCare Behavioral Health PHP.
- На данный момент я не хочу составлять Предварительное распоряжение.

5. «Уведомление о правилах конфиденциальности». Этот документ обязателен в соответствии с федеральными правилами (Закон об унификации и учёте в области медицинского страхования, HIPAA), чтобы убедиться, что Вы осведомлены о том, как наша организация защищает Вашу медицинскую информацию, и при каких обстоятельствах она может быть раскрыта другим лицам.
 Я получил(-а) копию «Уведомления о правилах конфиденциальности» HIPAA.
6. «Принципы контроля обращения ПАВ в Behavioral Health Network» — информация о возможных рекомендациях по применению медицинских препаратов.
 Я получил(-а) копию документа «Принципы контроля обращения ПАВ».
7. «Политика в случаях неявки». В этом документе сказано о том, что такое «неявка» и как «неявка» может негативно повлиять на последующее планирование услуг.
 Я получил(-а) копию документа «Политики неявки».

Подпись клиента (обязательна с 13 лет): ** _____ Дата: ** _____

Подпись родителя или опекуна: ** _____ Дата: ** _____

Имя и фамилия родителя или законного опекуна печатными буквами: _____

Идентификация пациента — обязательно прикрепляйте

стикер с QR-кодом пациента

Имя и фамилия пациента

№ медкарты (MRN #):

№ обращения (CSN #):

Возраст / пол:

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ
ИНФОРМАЦИОННЫХ ДОКУМЕНТОВ**



60-0843-1 (12/23)

Эти документы предназначены для ознакомления и сохранения для дальнейшего использования.

****ИХ НЕ НАДО ВОЗВРАЩАТЬ вместе с остальными документами из пакета документов, которые вы подписали.**

Благодарим!

MultiCare Behavioral Health

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАК МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И РАСКРЫТА ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ, И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ТАКЖЕ ОПИСАНЫ ВАШИ ПРАВА И НЕКОТОРЫЕ ОБЯЗАННОСТИ MULTICARE, КАСАЮЩИЕСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ. **ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ЭТИМ УВЕДОМЛЕНИЕМ.**

В рамках данного Уведомления при использовании слов «MultiCare» и «мы», подразумевается организация здравоохранения MultiCare Health System, включая MultiCare Connected Care, Cardiac Heart and Vascular Institute и входящие в сеть MultiCare Behavior Health Network больницы Greater Lakes Mental Healthcare и Navos.

Заявление и обязательства MultiCare в отношении Вашей защищенной медицинской информации

Мы понимаем, что информация о Вашем физическом и психическом состоянии является личной. Мы поддерживаем защиту Вашей медицинской информации и в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата обязуемся предпринять шаги для ее защиты. В соответствии с федеральными законами о конфиденциальности эта информация называется «защищенной медицинской информацией». Защищенной медицинской информацией является информация, которая раскрывает Вашу личность, в том числе информацию о Вашем здоровье или оплате Вашего медицинского обслуживания в учреждении MultiCare. Она может быть создана или получена от медицинского персонала, Вашего личного врача или других специалистов, участвующих в Вашем медицинском обслуживании. Она включает Ваши медицинскую карту и личную информацию, например имя, номер социального страхования, адрес и номер телефона.

- По закону мы обязаны поддерживать конфиденциальность и безопасность Вашей защищенной медицинской информации.
- Мы сообщим Вам, если произойдет нарушение, которое может поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность Вашей информации.
- Мы должны следовать обязанностям и правилам конфиденциальности, описанным в настоящем Уведомлении, и предоставить Вам его копию.
- Мы не будем использовать или передавать Вашу информацию иначе, чем описано здесь, если только Вы не разрешите нам это в письменной форме. Вы можете отозвать свое разрешение в любое время. Для этого уведомите нас в письменной форме.

ИСПОЛНИТЕЛИ УСЛОВИЙ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ

Правила данного уведомления исполняет MultiCare, в частности:

- каждый медицинский работник, уполномоченный вносить информацию в Вашу медицинскую карту в любом учреждении MultiCare;
- все подразделения и отделы MultiCare;
- все члены группы добровольцев, которым разрешено помогать Вам, пока Вы находитесь в учреждении MultiCare;
- все сотрудники и персонал MultiCare, включая индивидуальных специалистов и персонал агентств;
- персонал MultiCare Connected Care;
- прочие поставщики медицинских услуг, которые согласились соблюдать условия Совместного уведомления о политике конфиденциальности, описанные ниже.

ОБЩЕЕ УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В дополнение к указанным выше лицам, ряд других независимых специалистов согласились совместно с MultiCare следовать этому Уведомлению в качестве совместного уведомления о соблюдении конфиденциальности в соответствии с федеральными законами о конфиденциальности, относящимися к медицинским услугам, оказываемым в учреждениях MultiCare, включая медицинский персонал больниц Tacoma General Hospital, Allenmore Hospital, Mary Bridge Children's Hospital, Good Samaritan Hospital, Auburn Medical Center, MultiCare Deaconess Hospital, MultiCare Covington Medical Center, MultiCare Valley Hospital и других независимых специалистов и организаций, предоставляющих услуги в учреждениях MultiCare. Независимые специалисты, которые согласились следовать данному уведомлению, могут получить доступ к вашей медицинской информации, если есть законная необходимость сделать это для лечения, оплаты и предоставления медицинских услуг, связанных с организацией совместного ухода в учреждениях MultiCare. Независимые специалисты, которые согласились следовать данному уведомлению, вероятно, имеют отдельные уведомления о политике конфиденциальности, если предлагают услуги вне учреждений MultiCare (например, во врачебном кабинете). Запросите информацию у специалиста, не состоящего в сети MultiCare, об отдельном уведомлении о политике конфиденциальности, которому он следует вне отделений и учреждений MultiCare.

MultiCare Connected Care Network

MultiCare является частью сети MultiCare Connected Care Network, схемы совместного предоставления медицинских услуг (ОНСА). Схема совместного предоставления медицинских услуг (ОНСА) — это (1) клинически интегрированная среда, в которой люди обычно получают медицинское обслуживание от более чем одного поставщика медицинских услуг или (2) организованная система предоставления медицинских услуг, в которой участвует более одного поставщика медицинских услуг. Поставщики медицинских услуг, входящие в состав ОНСА, совместно работают с вашей медицинской и финансовой информацией, насколько это необходимо для лечения, оплаты и работы организации.

Другие стороны, которые могут получить доступ к вашей медицинской информации или использовать её

MultiCare участвует в сетях обмена медицинской информацией, чтобы облегчить безопасный обмен медицинской информацией о вашем лечении в электронной форме между медицинскими специалистами и организациями. Среди этих сетей, например, система обмена информацией отдела неотложной помощи (EDIE), система виртуальных медицинских карт Virtual Lifetime Electronic Record (VLER — DoD/VA) или CareEverywhere (для организаций, использующих систему Epic). MultiCare также обеспечивает подключение к системе электронных медицинских карт независимым медицинским специалистам.

В качестве условия такого доступа каждый из этих специалистов соглашается использовать информацию лишь при необходимости и соблюдать законы штата и федеральные законы, касающиеся конфиденциальности и безопасности.

ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Если не указано иное, вы можете воспользоваться правом на неприкосновенность частной жизни, отправив письменный запрос по адресу MultiCare Health System, Health Information Management, PO Box 5299, MS: 315-C3-NIM, Tacoma, WA 98415-0299. Для получения подробных инструкций о том, какую информацию включать в письменный запрос, свяжитесь с отделом медицинской информации (Health Information Management) по телефону 253-403-2423.

ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА СЛЕДУЮЩЕЕ.

Получить электронную или бумажную копию своей медицинской карты. Обычно она включает записи о лечении и выставлении счетов, но не включает записи о психотерапии.

- Чтобы запросить возможность ознакомиться с Вашей защищённой медицинской информацией и/или получить её копию в бумажном или электронном виде, зайдите на сайт www.multicare.org и скачайте форму запроса на авторизацию (предоставление информации), или обратитесь в отдел медицинской информации (регистратуру) по тел. 253-403-2423. Медицинские карты клиник Greater Lakes и Navos можно также запросить по факсу 253-697-8393 или через сайт BNMedicalRecords@multicare.org.
- С Вас могут взимать плату за копирование, отправку по почте или другие услуги, связанные с вашим запросом.
- При некоторых обстоятельствах мы вправе отклонить Ваш запрос на проверку и копирование вашей защищённой медицинской информации. Вы можете обжаловать наш отказ.

Запросить изменения отдельной защищённой медицинской информации — Если Вы считаете, что имеющаяся у нас информация не верна или неполная, Вы можете запросить её исправление.

- Мы можем отклонить ваш запрос, но мы сообщим Вам причину отказа в письменной форме.

Запросить учётную информацию о конкретных фактах раскрытия — Вы можете запросить учётную информацию о фактах раскрытия своей защищённой медицинской информации, включая все факты её передачи другим сторонам.

- Этот список не будет включать раскрытие информации для целей лечения, оплаты и медицинских операций, о которых мы сообщали Вам ранее.
- Первый список, который вы запросите в течение 12 месяцев, будет бесплатным. За отправку дополнительных списков, мы можем взимать плату. Мы уведомим Вас о связанных расходах, и Вы сможете отозвать или изменить свой запрос до того, как понесёте какие-либо расходы.

Запросить ограничения — Вы можете в письменной форме потребовать, чтобы мы ограничили способы использования и раскрытия Вашей защищённой медицинской информации.

- Вы также имеете право запросить ограничение на раскрытие своей защищённой медицинской информации лицу, которое участвует в лечении или оплате лечения, например члену семьи или другу.
- Если Вы хотите ввести такое ограничение, сообщите об этом секретарю приемной вашего лечащего врача и заполните форму Запроса на ограничение до вашего посещения.
- Мы не обязаны выполнять Ваш запрос, и мы можем отказать, если это повлияет на Ваше лечение.
- Если мы согласимся на Ваш запрос, мы будем выполнять его требования, кроме случаев, когда эта информация потребуется для оказания Вам неотложной помощи.

Право запросить неразглашение в плане медицинского обслуживания информации о списке не покрываемых им услуг — Вы имеете право перед посещением подать в письменной форме запрос о неразглашении в плане медицинского обслуживания пунктов и услуг, оплачиваемых Вами лично в полном размере.

- Мы согласимся, если только закон не требует от нас предоставления этой информации.
- Вы обязаны самостоятельно уведомлять всех других поставщиков услуг, например вашу аптеку, о всех Ваших запросах на ограничение.

Запросить применение конфиденциальных методов коммуникации — Вы можете запросить в письменной форме использование конфиденциальных методов коммуникации для передачи медицинской информации и информации о психическом здоровье определенным Вами способом или в определенном месте.

- Например, Вы можете попросить, чтобы мы связывались с Вами только на работе или только по почте, используя альтернативный адрес.
- Мы согласимся на все разумные запросы. Вам не надо указывать причину, но в запросе должно быть указано, как и где мы должны с Вами связываться.

Выбрать доверенное лицо — Если Вы предоставили кому-либо доверенность на принятие медицинских решений, или кто-либо является Вашим законным опекуном, этот человек может воспользоваться вашими правами на распоряжение Вашей медицинской информацией.

- Прежде чем мы предпримем какие-либо действия, мы попросим этого человека предъявить доказательства права действовать от Вашего имени.

Получить бумажную копию настоящего уведомления — Вы можете запросить копию настоящего уведомления в любое время у любого сотрудника MultiCare.

- Это уведомление также опубликовано в Интернете по адресу www.MultiCare.org.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В MULTICARE

Ваш выбор: в отношении определённой медицинской информации, Вы можете сообщить нам, какую её часть можно передавать. Если у Вас есть чёткое представление о том, как мы должны передавать Вашу информацию в описываемых ниже ситуациях, сообщите нам об этом. Предоставьте нам чёткие указания, и мы будем им следовать.

В этих случаях у Вас есть право и выбор сообщить нам:

- сообщать ли информацию Вашей семье, близким друзьям или другим лицам, участвующим в Вашем лечении и уходе за Вами;
- передавать ли информацию в ситуации оказания помощи при бедствиях;
- включать ли Вашу информацию в справочник больницы;

Если Вы не уверены в своих предпочтениях, например, если Вы без сознания, мы можем передать Вашу информацию, если считаем, что это в Ваших интересах. Мы также можем передать Вашу информацию, когда это необходимо для уменьшения серьезной и неминуемой угрозы здоровью или безопасности.

Мы не будем передавать Вашу информацию в наведенных ниже случаях, если Вы не предоставите нам письменное разрешение (подписанное согласие).

- Маркетинговые цели с получением вознаграждения.
— часть Вашей информации может использоваться для передачи Вам сообщений о доступных товарах или услугах;
— Если Вы не хотите получать такие материалы, позвоните 1-855-884-4284 или напишите по эл. почте annualgiving@MultiCare.org.
- Продажа Вашей информации
- Обмен большей частью записей о психическом здоровье
- Ситуации, не описанные в данном Уведомлении, которые не представляют угрозы для здоровья и безопасности.

В случае сбора средств: мы можем связаться с Вами для сбора средств, но Вы можете сказать нам больше не беспокоить Вас.

- Если Вы больше не хотите получать запросы о сборе средств для поддержки MultiCare, позвоните (бесплатно) 855-884-4284 или же напишите по адресу annualgiving@multicare.org.
- Мы уважаем Ваш выбор в отношении запросов на сбор средств, и Ваше решение не повлияет на Ваше лечение или оплату услуг в MultiCare.

MultiCare обычно использует Вашу информацию способами, наведенными ниже.

Лечение. Мы можем использовать и раскрывать Вашу защищенную медицинскую информацию, чтобы предоставить Вам медицинское обслуживание и услуги, а также обмениваться ею с другими лечащими Вас специалистами.

- Это использование и раскрытие информации может обеспечить непрерывность лечения и предназначается для врачей, медсестёр, технических специалистов, студентов медицинских вузов и других сотрудников системы здравоохранения, которые участвуют в Вашем лечении.
- Мы можем использовать и раскрывать Вашу медицинскую информацию различным организациям для координации деятельности, например, аптекам, лабораториям, обработчикам рентгеновских снимков, а также другим поставщикам медицинских услуг, которые могут участвовать в Вашем медицинском обслуживании, например, учреждениям долгосрочного ухода, другим больницам или клиникам, или удалённым поставщикам медицинских услуг, например, телемедицины, которые могут проживать в других районах, в т. ч. за пределами штатов Вашингтон и Айдахо.

Оплата. В соответствии с законодательством, мы можем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию для получения оплаты от планов медицинского страхования и других организаций.

- В том числе, информация может использоваться для выставления счетов за лечение и услуги, которые Вы получаете в учреждениях MultiCare.
- Кроме того, мы можем использовать или раскрывать Вашу информацию для сбора платежей или получения предварительного разрешения на лечение и услуги.

Работа системы здравоохранения. Мы можем использовать и передавать Вашу медицинскую информацию для нужд организации, улучшения Вашего обслуживания и для связи с Вами в случае необходимости.

- К нуждам нашей организации относятся планирование, инфекционный контроль, управление планом медицинского страхования и мероприятия по охране здоровья населения.
- Мы также можем использовать и раскрывать Вашу информацию другим лицам (например, консультантам и адвокатам) и организациям, которые помогают нам в нашей деловой деятельности.
- Мы также можем использовать Вашу медицинскую информацию для внутренних целей, например, для обеспечения качества обслуживания, определения потребностей в обучении, анализа результатов, отправки опросов об удовлетворенности пациентов и других административных действий.
- Мы также можем раскрывать Вашу информацию деловым партнерам или компаниям, которые предоставляют услуги нам или от нашего имени, и предоставили удовлетворительные гарантии того, что они будут защищать Вашу медицинскую информацию.

MultiCare также может использовать Вашу информацию следующими способами:

Общественное здравоохранение и безопасность — мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию, когда это необходимо для поддержки общественного здравоохранения. Это возможно в следующих ситуациях:

- для предотвращения или контроля заболеваний, травм или инвалидности;
- для предоставления данных о рождении и смерти;
- для предоставления данных о жестоком обращении или пренебрежении;
- для предоставления данных о реакциях на лекарства или проблемах с товарами;
- для уведомления людей об отзыве товаров, которые они могут использовать;
- для уведомления лица, которое, возможно, было подвержено заболеванию или может подвергаться риску заражения или распространения заболевания или состояния;
- для уведомления соответствующего государственного органа, если мы считаем, что пациент стал жертвой жестокого обращения, неисполнения обязанностей или насилия в семье. Мы будем передавать эту информацию только тогда, когда это требуется и (или) разрешено законом;

Исследования — мы можем использовать или передавать Вашу информацию для исследований в области здравоохранения.

Ограниченный набор данных — Мы можем раскрывать ограниченную информацию о здоровье третьим лицам для целей исследований, общественного здравоохранения и работы учреждений здравоохранения. Из ограниченного набора данных исключается любая информация, которая может непосредственно раскрыть Вашу личность.

Соблюдение требований законодательства — Мы можем передать Вашу информацию, если этого потребуют законы штата или федеральные законы, в том числе Департаменту здравоохранения и социальным службам, контролирующим соблюдение федерального законодательства о защите тайны личной жизни.

Пожертвование органов и тканей — Мы можем передать Вашу медицинскую информацию организациям, занимающимся обращением органов.

Коронеры, медицинские эксперты и администраторы похоронных бюро — Мы можем передать медицинскую информацию коронерам, медицинским экспертам или администраторам похоронных бюро после смерти человека.

Компенсация работникам — Мы можем использовать или передавать Вашу медицинскую информацию для рассмотрения дела о компенсации работнику.

Запросы правительства и правоохранительных органов — Мы можем использовать или передавать Вашу медицинскую информацию для следующего:

- органам надзора за здравоохранением для деятельности, санкционированной законом;
- специальным государственным органам, например, вооруженным силам, службе национальной безопасности и службе охраны президента;
- в ряде обстоятельств, в правоохранительных целях или должностному лицу из правоохранительных органов;

Судебные иски и споры — мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию в ответ на судебный или административный приказ, повестку в суд, запрос информации или другую законную процедуру, если Вы участвуете в судебном процессе или споре.

Связь с Вами — мы можем использовать и раскрывать медицинскую информацию, для связи с Вами по поводу приёма и других вопросов. Мы можем связываться с Вами по почте, телефону или электронной почте.

- Например, мы можем оставлять голосовые сообщения по указанному Вами номеру телефона и отвечать на Ваш адрес электронной почты.

Альтернативы лечения — мы можем использовать или раскрывать информацию, чтобы рассказать Вам или рекомендовать возможные варианты лечения или альтернативы.

Медицинские услуги и возможности — мы можем использовать или раскрывать информацию, чтобы рассказать Вам о возможностях, услугах или медицинских курсах, связанных со здоровьем.

Заключённые — мы можем раскрывать информацию о Вашем здоровье сотруднику исправительного учреждения или правоохранительных органов, если Вы являетесь заключённым или находитесь под стражей.

Случайное раскрытие информации — некоторые случайные раскрытия Вашей медицинской информации могут произойти вследствие законного и разрешённого использования и раскрытия Вашей медицинской информации. Существуют разумные гарантии для сведения к минимуму подобных случаев.

Станции переливания крови — мы можем использовать или раскрыть Вашу медицинскую информацию, если Вы указали на связь с определёнными организациями, и мы считаем, что Вы можете быть наиболее подходящим кандидатом, который мог бы воспользоваться услугами организаций по переливанию крови.

Серьёзные и неминуемые опасности — мы можем передать Вашу информацию, когда это необходимо, чтобы уменьшить серьёзную и неминуемую угрозу для здоровья или безопасности Вас, общества или другого человека.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ТИПЫ ИНФОРМАЦИИ

Законодательство штатов Вашингтон, Айдахо и федеральное законодательство обеспечивают дополнительную защиту конфиденциальности при некоторых обстоятельствах. MultiCare обычно не может раскрыть без специального разрешения следующую информацию о пациенте:

- Вашингтон — отдельные заболевания, передаваемые половым путем;
- законы штата и федеральные законы — записи о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ могут быть защищены в специальных случаях;
- Вашингтон — медицинские записи о нарушениях поведения в некоторых случаях особо охраняются;

ПРОЧИЕ СЛУЧАИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ ЗАЩИЩЁННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Другие виды использования и раскрытия Вашей защищенной медицинской информации, не охватываемые настоящим Уведомлением или применимым законодательством, будут осуществляться только с Вашего письменного разрешения. Вы можете отозвать любое разрешение, отправив запрос в письменном виде в отдел по вопросам конфиденциальности MultiCare (см. контактную информацию в разделе «Вопросы и жалобы»). Если Вы отзовете ваше разрешение, мы больше не будем использовать или раскрывать Вашу защищенную медицинскую информацию по причинам, охватываемым Вашим письменным разрешением, если этого не потребует закон. Мы не можем обратить вспять какие-либо виды использования или раскрытия информации, которые мы уже сделали, в то время как ваше разрешение было в силе, и мы обязаны сохранять записи о предоставляемых вам медицинских услугах.

ИЗМЕНЕНИЯ К НАСТОЯЩЕМУ УВЕДОМЛЕНИЮ

MultiCare может изменить условия настоящего Уведомления, и изменения будут распространяться на всю имеющуюся информацию о Вас. Новое Уведомление будет доступно по запросу, в наших учреждениях и на нашем веб-сайте.

ВОПРОСЫ И ЖАЛОБЫ

Если у Вас есть общие вопросы по настоящему Уведомлению, свяжитесь с отделом конфиденциальности MultiCare по тел.: 866-264-6121 или по эл. почте: compliance@multicare.org Если Вы считаете, что Ваши права на конфиденциальность были нарушены, Вы можете подать жалобу в MultiCare Privacy Office, MultiCare, P.O. Box 5299, MS: 737-2-CCIA, Tacoma, WA 98415-0299. Если мы не можем решить Ваши проблемы, Вы также имеете право подать письменную жалобу секретарю Департамента здравоохранения и социальных служб (HHS), Управление по гражданским правам. Мы не будем обвинять Вас за подачу жалобы, и качество вашего лечения не будет поставлено под угрозу.



Правительство штата хочет, чтобы Вы знали, что существуют действия, которые можно расценивать как непрофессиональное поведение сотрудников (RCW 18.130.180). Если во время вашего курса лечения возникнет какая-либо из следующих ситуаций, Вам рекомендуется обратиться в Отдел лицензирования Департамента здравоохранения штата по адресу: State Department of Health Licensing Dept., Counselor Programs, P.O. Box 47869, Olympia, Washington 98504-7869. Тел: (360) 236-4902

Мы составили список ситуаций, чтобы Вы могли быть информированным потребителем консультационных услуг. Поведение, действия или условия, перечисленные ниже, дают Вам общее представление о видах поведения, которые могут рассматриваться как нарушение закона.

1. Совершение любого действия, связанного с моральной распущенностью, нечестностью или коррупцией, относящегося к профессиональной деятельности человека, независимо от того, является ли это действие преступлением или нет. Если такое действие имеет состав преступления, осуждение по уголовному делу не является предварительным условием для принятия дисциплинарных мер. Однако, при таком обвинительном заключении, судебное решение и приговор на последующем дисциплинарном слушании являются неоспоримым доказательством вины владельца лицензии в совершении преступления, описанного в обвинительном заключении или информации, и в нарушении этим лицом закона, требования которого были нарушены. Для целей настоящего раздела, виновность включает в себя все случаи, когда признание вины или отсутствие возражений является основанием для осуждения, а также все судебные разбирательства, в ходе которых исполнение приговора было отложено или приостановлено на неопределенный срок. Ничто в этом разделе не отменяет прав, гарантированных главой 9.96 RCW;
2. Искажение или сокрытие существенного факта при получении лицензии или ее восстановлении.
3. Любая реклама, которая является ложной, мошеннической или вводящей в заблуждение.
4. Некомпетентность, халатность или злоупотребление служебным положением, которые приводят к травмам пациента или создают необоснованный риск причинения вреда пациенту. Применение нетрадиционных методов лечения само по себе не является непрофессиональным поведением, при условии, что оно не приводит к травмам пациента и не создает необоснованного риска причинения вреда пациенту.
5. Приостановление, отзыв или ограничение действия лицензии физического лица на занятие любой медицинской деятельностью компетентным органом любого штата, федеральной или иностранной юрисдикции. При этом неоспоримым доказательством отзыва, приостановления или ограничения является заверенная копия соответствующего приказа, положения или соглашения.
6. За исключением случаев, когда это разрешено *RCW 18,130,345, — хранение, использование, назначение или распространение контролируемых веществ или рецептурных препаратов любым способом, кроме как для законных или терапевтических целей, утечка контролируемых веществ или рецептурных препаратов, нарушение любого закона о наркотиках или назначение себе контролируемых веществ.
7. Нарушение любого закона штата или федерального закона или административного правила, регулирующего данную профессию, включая любой закон или правило, определяющее или устанавливающее стандарты ухода за пациентами или профессионального поведения или принятые практики.
8. Отказ сотрудничать с дисциплинарным органом, выраженный в:
 - а. непредставления каких-либо бумаг, документов, протоколов или пр.

- b. непредставление в письменной форме полного и исчерпывающего объяснения по вопросу, содержащемуся в жалобе, поданной в дисциплинарный орган;
 - c. нереагирование на повестки, выданные дисциплинарным органом, независимо от того, является ли получатель повестки обвиняемым по делу или нет; или
 - d. непредоставление разумно достаточного и своевременного доступа уполномоченным представителям дисциплинарного органа, желающим провести проверку практики на объектах, используемых владельцем лицензии;
9. невыполнение приказа, изданного дисциплинарным органом, или условия о неформальном сотрудничестве, заключенного с дисциплинарным органом;
10. пособничество или подстрекательство лица, не имеющего лицензии, к практике, для которой необходима лицензия;
11. нарушение правил, установленных каким-либо учреждением здравоохранения:
12. практика, выходящая за рамки, определенные законом или правилом;
13. введение в заблуждение или мошенничество в любом аспекте ведения бизнеса или профессиональной деятельности;
14. отсутствие надлежащего контроля за вспомогательным персоналом в такой степени, что это угрожает здоровью или безопасности потребителя;
15. занятие профессией, предполагающей контакты с населением, при наличии заразного заболевания, представляющего серьезную опасность для здоровья населения;
16. продвижение в личных целях любого ненужного или неэффективного лекарственного средства, устройства, лечения, процедуры или услуги;
17. осуждение за любой грубый проступок или уголовное преступление, связанное с профессиональной деятельностью данного лица. Для целей настоящего раздела, виновность включает в себя все случаи, когда признание вины или отсутствие возражений является основанием для осуждения, а также все судебные разбирательства, в ходе которых исполнение приговора было отложено или приостановлено на неопределенный срок. Ничто в этом разделе не отменяет прав, гарантированных главой 9.96 RCW;
18. совершение криминального аборта, а также пособничество в его совершении или подстрекательство к нему;
19. предложение, обязательство или согласие на излечение болезни секретным методом, процедурой, лечением или лекарственным средством или на лечение, операцию или назначение лекарств для любого состояния здоровья методом, средством или процедурой, которые лицензиат отказывается раскрыть по требованию дисциплинарного органа;
20. умышленное нарушение принципов доверительных отношений врача и пациента, признанных законом;
21. нарушение положений главы 19.68 RCW или систематические нарушения RCW 41.05.700(8), 48.43.735(8), 48.49.020, 48.49.030, 71.24.335(8) или 74.09.325(8);
22. вмешательство в расследование или дисциплинарное производство путём умышленного искажения фактов перед дисциплинарным органом или его уполномоченным представителем, либо путём использования угроз или преследования в отношении любого пациента или свидетеля с целью помешать им предоставить доказательства в ходе дисциплинарного производства или любого другого судебного иска, или путём использования финансовых стимулов в отношении любого пациента или свидетеля с целью помешать или попытаться помешать ему или ей предоставить доказательства в дисциплинарном разбирательстве;
23. текущее злоупотребление:
- a. алкоголем
 - b. контролируруемыми веществами или
 - c. рецептурными препаратами

24. жестокое обращение с клиентом или пациентом или сексуальный контакт с клиентом или пациентом;
25. принятие более чем символического вознаграждения, гостеприимства или субсидии, предлагаемых представителем или продавцом медицинских или связанных со здоровьем товаров или услуг, предназначенных для пациентов, в ожидании их продажи или использования в исследованиях, публикуемых в профессиональных журналах, при наличии конфликта интересов, как он определен правилами дисциплинарного органа, по согласованию с Департаментом, на основании признанных профессиональных этических стандартов;
26. нарушение RCW 18,130,420;
27. проведение конверсионной терапии (изменение сексуальной ориентации) на пациенте младше 18 лет;
28. нарушение RCW 18,130,430;

Вы имеете право.

1. получать услуги независимо от расы, вероисповедания, национальной принадлежности, религии, пола, сексуальной ориентации, возраста или инвалидности;
2. исповедовать религию по своему выбору, если это не ущемляет права других людей, не сказывается негативно на отношении к ним или на оказании услуг по лечению. Другие люди имеют право отказаться от участия в какой бы то ни было религиозной практике;
3. получать разумную помощь при сенсорной или физической инвалидности, ограниченной способности общаться, ограниченного владения английским языком и культурных различий;
4. право на уважение, достоинство и неприкосновенность частной жизни, за исключением случаев, когда персонал может проводить адекватные обыски для обнаружения и предотвращения хранения или использования контрабанды в помещениях или для устранения риска причинения вреда самому себе или другим лицам. Под "адекватными обысками" понимается минимально инвазивный досмотр с целью обнаружения контрабанды или инвазивный досмотр только при первоначальном приёме или при наличии обоснованного подозрения в хранении контрабанды или наличии другого риска, который может быть использован для причинения вреда себе или другим лицам;
5. не подвергаться никакому сексуальному домогательству (харасменту);
6. не подвергаться никакой эксплуатации, включая физическую или финансовую её формы;
7. право на обработку всей медицинской и личной информации в соответствии с государственными и федеральными правилами конфиденциальности;
8. участвовать в разработке своего индивидуального плана обслуживания и при желании получить копию этого плана;
9. составить предварительное распоряжение по психиатрическому лечению в соответствии с главой 71.32 RCW;
10. просматривать список оказанных Вам услуг в присутствии администратора или уполномоченного лица и возможность запросить поправки; и
11. направлять жалобы в Департамент, если Вы считаете, что организация нарушила ваши права или требования WAC, регулирующие деятельность клиник по охране психического здоровья.
12. Сеть MultiCare Behavioral Health Network обеспечит условия того, что применимые права отдельных участников, описанные выше, а также дополнительные права Medicaid, перечисленные ниже будут:
 - (a) предоставляться в письменной форме каждому лицу во время или до поступления;
 - (b) иметься в альтернативных форматах для людей с нарушениями зрения;
 - (c) переведены на наиболее распространенные языки в зоне обслуживания клиники;
 - (d) вывешены в общественных местах; и
 - (e) предоставляться любому человеку по запросу;
13. При поступлении и по запросу клиента, Сеть MultiCare Behavioral Health Network предоставит каждому клиенту информацию о том, как обратиться с жалобой в Департамент, если он считает, что его права или требования этой главы были нарушены.

Законные основания: RCW 71.24.037, 71.05.560, 71.34.380, 18.205.160, 43.70.080(5), 41.05.750, 43.70.250, и 74.09.520 и главы 71.05, 71.12, 71.24 и 71.34 RCW. WSR 22-24-091, § 246-341-0600, зарегистрирован 6.12.22, вступил в силу 01.05.23.

Законные основания: RCW 71.24.037, 71.05.560, 71.34.380, 18,205,160, 71.24.037 и главы 71,05, 71,24 и 71,34 RCW. WSR 21-12-042, § 246-341-0600, зарегистрирован 25.05.2020, вступил в силу 7.01.21.

Законные основания: 2018 с201 и 2018 с291. WSR 19-09-062, § 246-341-0600, зарегистрирован 16.04.2019, вступил в силу 17.05.2019.



В дополнение к вышеуказанным правам, права клиента, если он получает финансируемые государством услуги по охране психического здоровья (Medicaid), дополнительно включают права:

1. получать информацию и услуги, которые он запрашивает, в рамках Medicaid;
2. пользоваться уважением, сохранять личное достоинство и конфиденциальность;
3. принимать решения о своём лечении, в т.ч. право на отказ от лечения;
4. не подвергаться ограничениям или изоляции;
5. получить экземпляр Прав пациента, получающего медицинскую психиатрическую помощь;
6. получить копию своей медицинской документации и попросить внести в неё поправки или исправления;
7. получать информацию о доступных выгодах для поддержки поведенческого здоровья;
8. подать жалобу, апелляцию или инициировать административное слушание, если он не удовлетворён;
9. получить список антикризисных телефонных номеров;
10. в любое время менять своих врачей или кураторов и получать услуги омбудсмана при подаче жалобы, апелляции или судебном разбирательстве;
11. лечиться в заведении с беспрепятственным доступом;
12. получать имя, адрес, номер телефона и информацию на любом языке, кроме английского, из предлагаемых врачами в своей клинике (ВНО) ежегодно или по своему запросу;
13. получать услуги в нужном объёме и продолжительности;
14. получать письменное уведомление о действиях от клиники, если Вам будет отказано в предоставлении услуг, они будут ограничены, сокращены, приостановлены или прекращены, или если Вы не согласны с планом;
15. получать информацию о структуре и работе своей клиники;
16. получать неотложную медицинскую помощь или услуги в кризисных ситуациях;
17. получать услуги по стабилизации состояния после получения неотложной медицинской помощи или услуг в кризисных ситуациях, которые привели к госпитализации;
18. получать услуги, соответствующие возрасту и культурным особенностям;
19. бесплатно получать услуги сертифицированного переводчика и переведённые материалы;
20. получать запрашиваемую информацию и помощь на языке или в формате по вашему выбору;
21. получать объяснение доступных вариантов лечения и альтернатив;
22. отказаться от любого предложенного лечения;
23. получать медицинскую помощь, не допускающую дискриминации по отношению к Вам (по возрасту, расе, типу заболевания и пр.);
24. не подвергаться какой-либо сексуальной эксплуатации или домогательствам;
25. получать разъяснения по всем назначенным лекарствам и возможным побочным эффектам;
26. составить предварительное распоряжение по психиатрическому лечению, в котором изложить свой выбор и предпочтения в отношении психиатрической помощи;
27. получить информацию о предварительных медицинских распоряжениях
28. получать качественные услуги, необходимые по медицинским показаниям;
29. получать альтернативное заключение от специалиста по психическому здоровью в Вашем регионе, если Вы не согласны с вашим лечащим врачом;
30. выбирать врача/клинику для себя и своего ребёнка (если вашему ребёнку еще нет 13 лет);
31. запрашивать и получать копию своей медицинской карты. Вам сообщат сумму оплаты за копирование,
32. Вы также можете обратиться за дополнительной информацией в Управление по гражданским правам через сайт <http://www.hhs.gov/ocr>, или [http://apps.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=388-877A-0460 A](http://apps.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=388-877A-0460)
33. Вы также можете обратиться за дополнительной информацией в Управление по гражданским правам через сайт <http://www.hhs.gov/ocr>

ПРОЦЕДУРА ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ

Если Вы недовольны каким-либо аспектом Вашего лечения, услугами, которые Вы получаете от НАС, вашим взаимодействием с нашими сотрудниками, или чувствуете, что Ваши права были нарушены, Вы имеете право подать жалобу.

Понятие "жалоба" определяется как "формальное выражение недовольства по какому-либо вопросу", которое инициируется обслуживаемыми лицами или их законными представителями.

В описанной ниже процедуре объясняется процесс подачи жалобы, а также порядок действий, которые будут предприняты в ответ на неё.

1. Сообщите своему врачу, руководителю вашего врача или другому медицинскому сотруднику клиники, что Вы недовольны, и чем конкретно Вы недовольны. Вы можете подать жалобу в письменной форме, либо в форме устного уведомления.
2. Если Вы подаёте жалобу/выражаете недовольство, будьте уверены, что Ваша жалоба не повлечёт за собой ответных мер и не повредит Вашему обслуживанию.
3. Вы имеете право подать жалобу, право на то, чтобы Вас выслушали, чтобы к Вам относились с уважением и вежливостью, чтобы Ваша жалоба была полностью расследована и рассмотрена, а также на своевременное вынесение решения и/или устранение проблемы.
4. Ваши обязанности в процессе подачи и рассмотрения жалобы заключаются в том, чтобы точно описать проблему, общаться в уважительной и вежливой манере, а если Вы недовольны результатом или решением, защищать себя, обратившись в свою Организацию регулируемого медицинского обслуживания (MCO) или в Службу по защите пациентов в психиатрии (Behavioral Health Advocacy Service), если Вы почувствуете необходимость так поступить.
5. Права клиник MultiCare Behavioral Health, Greater Lakes Mental Health и Navos Mental Health в процессе рассмотрения жалобы заключаются в том, чтобы предоставить точную информацию о жалобе и относиться к ней уважительно и вежливо.
6. Обязанности клиник MultiCare Behavioral Health, Greater Lakes Mental Health и Navos Mental Health в процессе рассмотрения жалоб заключаются в получении всей доступной информации, изучении и осмыслении всей информации, относящейся к жалобе, проведении соответствующего расследования, своевременном принятии решения/устранении недостатков и рассмотрении всех жалоб в конфиденциальном порядке.
7. В течение 5 (пяти) рабочих дней с момента подачи жалобы, Вы получите письменное подтверждение о её регистрации.
8. Сразу же после получения вашей жалобы, мы начнём работать над решением по устранению Вашего недовольства. В ходе этого процесса, Ваша жалоба и вся доступная информация будут рассмотрены. Если будут установлены свидетели, мы попытаемся опросить и их в ходе нашего расследования.
9. НЕ ПОЗДНЕЕ, чем через 30 (тридцать) календарных дней, Ваша жалоба будет рассмотрена и разрешена. Вы получите письмо с официальным решением по жалобе, в котором будут указаны принятые меры, а также другие варианты действий в случае, если Вы не удовлетворены решением или не согласны с ним.
10. Хотя мы искренне надеемся принять правильное решение по Вашей жалобе, если Вы недовольны или не согласны с решением, Вы можете обратиться в свою организацию регулируемого здравоохранения.
11. Если Вам нужна дополнительная помощь в процессе подачи жалобы, Вы можете обратиться в офис Службы защиты пациентов психиатрии в вашем округе либо по адресу www.obhadovacy.org, или позвонить **1-800-366-3103 or 360-292-5038**. Служба защиты пациентов психиатрии готова ответить на вопросы и оказать поддержку отдельным лицам и семьям в процессе рассмотрения их жалоб.

Важное уведомление о вашей медицинской карте

Сеть клиник MultiCare Behavioral Health, в которую входят клиники Navos, Greater Lakes Mental Healthcare и MultiCare Behavioral Health, является частью системы MultiCare Health System и использует общую платформу электронных медицинских карт. Это означает, что **любой поставщик медицинских услуг MultiCare (врач, клиника) может получить доступ к записям о лечении из любого другого учреждения, отделения или поставщика MultiCare.**

Поскольку мы все — часть одной системы здравоохранения, Ваш врач MultiCare сможет просмотреть Ваши записи о расстройствах, связанных с употреблением ПАВ, или записи о психическом здоровье из клиник Navos, Greater Lakes и MultiCare Behavioral Health. Ваш консультант или врач в любой из наших организаций Сети психиатрических клиник также может получить доступ к информации о Вашем физическом здоровье из системы MultiCare Health System.

Эта возможность обмениваться информацией и получать доступ к ней внутри MultiCare позволяет нам обеспечивать высококачественное комплексное медицинское обслуживание, которое объединяет все аспекты Вашего здоровья, включая физическое, психическое и лечение расстройств, вызванных употреблением ПАВ.

Информация о предварительном распоряжении по психическому здоровью

Предварительное распоряжение по психиатрическому лечению, (MHAD) — это письменный документ, в котором описываются Ваши указания и предпочтения в отношении лечения и ухода в периоды, когда у Вас возникают трудности с общением и принятием решений. Это позволяет знать, какого лечения Вы хотите, а какого не хотите. Если Вы хотите узнать подробности о предварительных распоряжениях по психиатрическому лечению или хотите получить помощь в их оформлении, вы можете обратиться к своим врачам в MultiCare Behavioral Health, Greater Lakes Mental Health или Navos Mental Health, или позвонить:

Отдел поведенческого здоровья и реабилитации штата Вашингтон, Управление по делам потребителей: 1-800-446-0259

ПОЛИТИКА В СЛУЧАЯХ НЕЯВКИ

Важно позвонить и отменить любую встречу, на которую Вы не успеваете, за 24 часа до неё. Если Вы не позвоните за 24 часа, чтобы отменить встречу, она будет помечена как поздняя отмена или неявка.

Если Вы пропустили приём у консультанта и с тех пор не появлялись:

- если Вы не завершили консультации со своим консультантом, терапевтом, специалистом в течение 30 дней с момента пропущенного приёма, мы считаем, что Вы не заинтересованы или не можете продолжать консультации, и Ваша карта будет закрыта;
- если возникла чрезвычайная ситуация, из-за которой Вы не можете прийти на приём и отменить его в течение 24 часов, обратитесь в отдел планирования и/или к своему терапевту/консультанту/специалисту, чтобы обсудить варианты. Как только Ваша карта будет закрыта, все услуги по назначению и контролю за приёмом лекарств также прекратятся. *(Этот процесс может немного отличаться, в зависимости от того, где Вы получаете услуги.);*

Телефоны для записи/отмены приёмов:

Клиника Greater Lakes МНС: 253-581-7020

меню 2 - Амбулаторное обслуживание взрослых/ прямой телефон: 253-620-5064

меню 3 - Услуги для детей и семьи/прямой тел.: 253-620-5109

клиника Greater Lakes Spanaway: 253-535-1935

Kitsap: 564-669-5250 меню 2,2

МВН: 253-697-8400 меню 2,2

Navos Lake Burien Infant & Youth Clinic: 206-242-1698 меню - 0

Navos Mental Health & Wellness Center: 206-257-6600 меню - 8

Spokane - Inland NW: 509-342-3480 меню - 2,2

Благодарим Вас за то, что Вы выбрали нас в качестве поставщика психиатрических услуг! Мы ценим Ваше доверие и обязуемся продолжать предоставлять отличное обслуживание.

Добро пожаловать в сеть поведенческого здоровья MultiCare: Ваш план лечения может включать направление в нашу клинику Medical Services для краткосрочного приёма лекарств для поддержки психического здоровья. Мы хотим, чтобы Вы были осведомлены о наших принципах в отношении контролируемых стимуляторов (Аддералл, Виванс, Риталин и т.д.), бензодиазепинов (валиум, Ксанакс, Клонопин и т. д.) и седативных снотворных (Амбиен, Темазепам, Лунеста и т. д.).

Нефармакологическое лечение: Мы призываем Вас сотрудничать с кураторами, врачами и терапевтами для изучения новых нефармакологических навыков преодоления тревоги, концентрации внимания и сна.

Если вас направили в клинику Medical Services

- Участие в терапии — обязательное условие для получения медицинской помощи в клинике Medical Services.
- Регистрация в Medical Services является временной.
 - Мы не предоставляем самостоятельное или долгосрочное медикаментозное лечение.
 - Цели лечения в Medical Services включают в себя возвращение к Вашему участковому терапевту или другому специалисту для долгосрочного медикаментозного лечения.
- Мы не принимаем направления на первичную диагностику СДВГ (ADHD) в рамках программ для взрослых.
 - Приём стимулирующих препаратов противопоказан при многих сопутствующих заболеваниях.
- При назначении контролируемых лекарственных препаратов мы руководствуемся государственными стандартами медицинской помощи.
 - Бензодиазепины/седативные снотворные (если они назначены) следует применять только в минимальной эффективной дозе в течение как можно более короткого периода времени.
 - Бензодиазепины могут вызывать серьёзные конфликты со многими лекарственными препаратами (опиоидами, майонезом, снотворными и т.д.).
 - Контролируемое применение лекарств — не лучшая практика при многих диагнозах.
- Лекарства, если они назначены, подбираются для лечения Вашего психиатрического диагноза на основе оценки лечащего врача, клинических данных и данных передовых практик.
- Medical Services оставляет за собой право отказать в продолжении назначения лекарств.
 - Лица, назначающие лекарства, обязаны назначать (и отменять) лекарства так, чтобы они максимально способствовали оптимальному состоянию Вашего здоровья и вашим интересам.
 - Даже если в прошлом Вы принимали контролируемые лекарственные препараты, наши лечащие врачи самостоятельно принимают решение о рисках и выгодах продолжения приёма.