



ENDEAVOR HEALTH

УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ О ДЕЙСТВУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ (ДАЛЕЕ — «УВЕДОМЛЕНИЕ») ОПИСЫВАЮТСЯ СПОСОБЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ ИЗ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ И ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТУПА К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ.

ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ.

Endeavor Health и все ее дочерние компании, филиалы и участники («Endeavor Health», «мы», «нас» или «наш») обязаны по закону сохранять конфиденциальность информации из вашей медицинской карты, которая включает в себя защищенную медицинскую информацию (Protected Health Information, PHI) (далее — «медицинская карта»), и уведомлять вас о наших юридических обязанностях и методах защиты этой информации.

Настоящее Уведомление направляется во исполнение действующих федеральных законов, прав на конфиденциальность и защиты пациентов, права которых описаны ниже. Мы оставляем за собой право вносить в настоящее Уведомление изменения по любой причине, если это требуется по закону или не запрещено законом. Изменения распространяются на всю информацию, содержащуюся в медицинской карте и любую другую информацию, которую мы имеем о вас.

ВАШИ ПРАВА

ПОЛУЧЕНИЕ БУМАЖНОЙ ИЛИ ЭЛЕКТРОННОЙ КОПИИ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ

- Вы или ваш законный представитель можете запросить бумажную или электронную копию вашей медицинской карты, которую мы ведем.
- Если у вас есть доступ к portalу для пациентов Endeavor Health (например, NCH MyChart, NorthShoreConnect, Edward-Elmhurst Health MyChart и т.д.), вы можете самостоятельно просмотреть и распечатать ограниченную часть информации из своей медицинской карты.
- Подробные сведения о том, как вы или ваш законный представитель можете получить бумажную или электронную копию вашей медицинской карты, см. в приложении А.
- Мы можем ежегодно взимать с вас обоснованную плату, установленную штатом Иллинойс, за копии вашей медицинской карты.
- Мы можем предоставить краткое изложение или копию вашей медицинской карты в формате, который вы запросите. Мы ответим на ваш запрос в течение 30 дней с момента его получения.

ENDEAVOR HEALTH**УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

- Мы уведомим вас в письменном виде, если: 1) нам потребуется еще 30 дней для выполнения вашего запроса, 2) мы не сможем предоставить информацию из вашей медицинской карты в запрашиваемом формате, или 3) мы должны отклонить ваш запрос, сообщив причину.

ЗАПРОС НА ИСПРАВЛЕНИЕ ИЛИ ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В МЕДИЦИНСКУЮ КАРТУ

- Вы можете обратиться с запросом исправить информацию в вашей медицинской карте, которая, по вашему мнению, является неправильной или неполной.
- Запрос должен быть сделан в письменном виде.
- Мы можем отклонить ваш запрос и направить вам письмо с указанием причины в течение 60 дней с даты получения вашего письменного запроса.

ПОЛУЧЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫХ СООБЩЕНИЙ

Вы можете письменно попросить нас связаться с вами определенным образом, позвонить вам по другому номеру телефона или направить почтовое отправление по указанному адресу. Вы не должны объяснять причину этого. Мы постараемся выполнить все обоснованные запросы. Если мы не сможем связаться с вами по указанным вами адресам, номерам телефона или прочими способами, мы свяжемся с вами, используя любую имеющуюся у нас информацию. Наш порядок общения следующий.

- Endeavor Health и (или) привлеченный сторонний поставщик услуг могут связаться с вами по телефону, в письменном виде или, с вашего согласия, по СМС или электронной почте по поводу информации, связанной с вашим лечением, например напомнить вам о приеме, предоставить инструкции по проведению анализа либо процедуры и (или) напомнить вам о профилактических медицинских услугах, осмотрах, анализах и т.д.
- Мы можем общаться с вами лично, письменно, по телефону или мобильному телефону, по защищенной и (или) незащищенной электронной почте по запросу пациента после того, как он был проинформирован о рисках и готов принять эти риски, через наши порталы для пациентов, мы также можем оставлять автоматические или предварительно записанные сообщения на вашей голосовой почте.

ЗАПРОС НА ОГРАНИЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИЛИ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ

Вы можете обратиться с запросом не использовать и не передавать некоторые сведения из вашей медицинской карты другим лечащим врачам, вашей медицинской или иной страховой компании для целей оплаты, а также для целей функционирования системы здравоохранения, например для получения информации об участии в научных исследованиях или клинических испытаниях, сбора средств или по другим причинам, не запрещенным законом. О том, как оформить отказ от этих действий, указано в приложении А. Этот запрос может быть сделан в письменном виде или в соответствии с приложением А.

ENDEAVOR HEALTH**УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

Если вы оплачиваете полную стоимость медицинских услуг, лечения или других товаров из собственных средств, вы можете обратиться с запросом не передавать эту информацию вашей страховой компании для целей оплаты. Ваш запрос будет удовлетворен, при условии что законом не предусмотрена обязательная передача вашей информации.

Мы участвуем в программах электронных медицинских карт Epic CareEverywhere® и EpicCare®Link, а также в других программах обмена данными, которые здесь не перечислены (далее — «Программы обмена данными»). Эти программы обмена данными позволяют поставщикам, не входящим в Endeavor Health, просматривать информацию из вашей медицинской карты в целях лечения. Вы можете отказаться от участия в Epic CareEverywhere. Информацию о том, как отказаться от участия в Epic CareEverywhere, см. в приложении А.

ЗАПРОС ИНФОРМАЦИИ О ПОЛУЧАТЕЛЯХ СВЕДЕНИЙ ИЗ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ

Мы предоставим вам список (отчет) определенных случаев раскрытия сведений из вашей медицинской карты, включая раскрытие, связанное с лечением, оплатой, медицинскими операциями, некоторые другие случаи раскрытия, требуемые законом, и любые раскрытия, которые вы попросили нас сделать (далее — «отчет о раскрытии информации»). Вы можете запросить отчет о раскрытии информации за период до 6 (шести) лет, предшествующих дате вашего запроса. В отчете о раскрытии информации будет указано, кому и с какой целью была передана информация из вашей медицинской карты. Этот запрос должен быть составлен в письменной форме, как описано в приложении А. В большинстве случаев отчет о раскрытии информации будет выслан в течение 60 дней с даты получения вашего запроса. Если нам понадобится еще 30 дней, мы сообщим вам об этом.

Мы предоставляем этот список бесплатно один раз в течение 12 месяцев с даты получения запроса. Вы можете запросить дополнительные копии в течение 12-месячного периода, и с вас будет взиматься обоснованная, отражающая затраты плата за каждый дополнительный запрошенный отчет.

ЗАПРОС КОПИИ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ

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

ENDEAVOR HEALTH**УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ*****ВЫБОР ПРЕДСТАВИТЕЛЯ***

Если вы назначили в медицинской доверенности личного представителя или кто-либо является вашим законным опекуном, это лицо может осуществлять определенные права и принимать медицинские решения за вас, и мы будем передавать ему информацию из вашей медицинской карты.

ПОДАЧА ЖАЛОБЫ В СЛУЧАЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО НАРУШЕНИЯ ВАШИХ ПРАВ

Если вы полагаете, что ваши права были нарушены, вы можете подать жалобу следующим образом.

- Уполномоченный отдел конфиденциальности компании Endeavor Health (в письменном виде), адрес: Endeavor Health, Corporate Compliance Department — Privacy Office, 4201 Winfield Road, Warrenville, IL 60555; по электронной почте privacyofficer@eehealth.org или по телефону (847) 570-5284.
- Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения США по почте: U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201; по телефону 1 (877) 696-6775 или по электронной почте www.hhs.gov/privacy/hipaa/complaints/.

Мы не будем преследовать вас за подачу жалобы с добросовестными намерениями.

ПРАВО СООБЩАТЬ О СВОЕМ ВЫБОРЕ

Вы можете выбирать способы использования информации из вашей медицинской карты. Вы также можете сообщить нам, кому вы разрешаете передавать информацию из вашей медицинской карты, или, при определенных обстоятельствах, вы можете сообщить нам, кому вы не разрешаете передавать информацию из вашей медицинской карты.

Вы имеете право сообщить нам, как:

- передавать информацию из вашей медицинской карты членам семьи, личным знакомым или другим лицам, участвующим в вашем лечении;
- передавать информацию из вашей медицинской карты в случае чрезвычайной ситуации или стихийного бедствия;
- включать информацию из вашей медицинской карты в наш больничный справочник.

Например, для целей работы больницы мы можем включить ваше имя, адрес больницы, ваше общее состояние и (или) указанное вероисповедание в больничный справочник, если вы не попросите не делать этого. Мы можем раскрывать эту информацию членам нашей команды духовной опеки. Вы можете сообщить о своем нежелании быть занесенным в справочник или

ENDEAVOR HEALTH**УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

о том, какую информацию вы готовы раскрывать. Если вы не можете указать эту информацию, мы можем раскрывать ее, если посчитаем, что это делается в ваших интересах. Мы также можем раскрыть эту информацию, если это необходимо для снижения серьезной и (или) непосредственной угрозы причинения вреда вам или другим лицам.

Если мы не получим вашего разрешения или это не допускается законом, мы не будем:

- использовать информацию из вашей медицинской карты в маркетинговых целях;
- продавать информацию из вашей медицинской карты;
- раскрывать информацию из вашей медицинской карты, связанную с лечением поведенческих расстройств, алкоголизма или наркомании и (или) других конфиденциальных диагнозов, включая сведения о психотерапевтическом лечении;
- раскрывать информацию из вашей медицинской карты государственным реестрам.

Если вы не запретите этого, мы можем обратиться к вам в целях сбора средств, чтобы вы могли поддержать нас и нашу миссию по оказанию медицинской помощи. В соответствии с действующим законодательством мы можем использовать следующую информацию для связи с вами: имя, адрес, номер телефона, даты обслуживания, возраст, пол, отделение обслуживания, информацию о лечащем враче, результатах лечения и статусе медицинского страхования.

Если вы не хотите, чтобы к вам обращались, следуйте инструкциям, приведенным в приложении А, для подачи запроса.

ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ВАШЕЙ ИНФОРМАЦИИ

Если иное не запрещено законом, мы можем без уведомления или разрешения использовать и (или) передавать информацию из вашей медицинской карты в пределах Endeavor Health и сторонним организациям для целей, связанных с лечением, оплатой и операциями. Ниже приведен неполный список примеров того, как Endeavor Health может передавать информацию из вашей медицинской карты.

- Для исследовательских целей, таких как подготовка к исследованию или если наш Институциональный наблюдательный совет (Institutional Review Board, IRB) одобрит изменение или отказ от разрешения.
- В целях общественного здравоохранения, например для предотвращения распространения болезней.
- По соображениям безопасности, например, чтобы помочь в оповещении об отзыве продукции или сообщить об отрицательной реакции на лекарства.
- Для сообщения о подозрениях в жестоком обращении, пренебрежении или эксплуатации, таких как жестокое обращение с детьми, членами семьи и пожилыми людьми.
- Для улучшения качества.

ENDEAVOR HEALTH**УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

- Для соблюдения действующего законодательства штата Иллинойс и федерального законодательства (например, HIPAA), которое включает в себя отчетность перед государственными и федеральными регулирующими органами, такими как Департамент здравоохранения штата Иллинойс и (или) Министр здравоохранения и социальных служб.
- Для донорства органов.
- Для работы с патологоанатомом, судмедэкспертом или директором похоронного бюро.
- Для ответов на запросы, связанные с компенсацией работникам, правоохранительными органами или другими государственными органами, в той степени, в которой это разрешено законом.
- Для ответа на судебные иски и другие правовые действия.
- Для передачи третьим сторонам, которые предоставляют медицинские, платежные и операционные услуги, могут потребовать использования информации из вашей медицинской карты, подпадают под действие HIPAA и обязаны защищать конфиденциальность и безопасность информации из вашей медицинской карты таким же образом, как это делает Endeavor Health.
- Для отправки записей о вакцинации в Реестр иммунизации штата Иллинойс, работодателям или в школы в целях общественного здравоохранения, при этом, если это необходимо, должно быть получено соответствующее согласие.
- Для отправки родителям или законным опекунам, если вы являетесь несовершеннолетним, не достигшим 18-летнего возраста, если это не запрещено законом штата Иллинойс или федеральным законом.
- Для разработки технологий в области здравоохранения, таких как машинное обучение и искусственный интеллект, которые могут улучшить качество, процесс и (или) результат лечения.

Помимо прочих видов использования и раскрытия информации, не запрещенных законом, информация из вашей медицинской карты может использоваться для формирования деидентифицированной медицинской информации (De-identified Health Information, ДИИ), которая не позволяет идентифицировать какое-либо лицо в соответствии с HIPAA. Мы также можем раскрыть информацию из вашей медицинской карты партнеру по бизнесу для целей создания ДИИ. Мы можем использовать, передавать и (или) раскрывать ДИИ для любых законных целей, включая, помимо прочего, коммерческие цели, без вашего разрешения и можем разрешить третьим лицам делать то же самое.

НАШИ ОБЯЗАННОСТИ

- В соответствии с действующим законодательством штата Иллинойс и федеральными законами мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность информации из вашей медицинской карты.

ENDEAVOR HEALTH**УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

- Мы сообщим вам, если конфиденциальность или безопасность информации из вашей медицинской карты была нарушена.
- Мы должны выполнять обязанности и соблюдать правила конфиденциальности, описанные в настоящем Уведомлении, и предоставлять вам его письменную копию по запросу.
- Мы не будем использовать или передавать информацию из вашей медицинской карты, за исключением случаев, описанных в настоящем Уведомлении, без вашего письменного разрешения. Вы можете изменить свое решение в любое время, сообщив нам об этом в письменном виде. Ваше решение не повлияет на использование или передачу информации из вашей медицинской карты до даты получения компанией Endeavor Health вашего письменного запроса.
- Мы будем защищать вашу генетическую информацию в соответствии с действующим законодательством.

Настоящий документ составлен на английском языке. Если настоящий документ будет переведен на другой язык, версия на английском языке будет иметь преобладающую юридическую силу.

Дата вступления в силу настоящего уведомления: 2 января 2024 года

Настоящее Уведомление о действующем порядке обеспечения конфиденциальности распространяется на аффилированного поставщика услуг здравоохранения Endeavor Health. Оно распространяется на все отделы, медицинские подразделения, нанятых медицинских работников, студентов и членов волонтерских групп, которым разрешено оказывать вам помощь во время вашего пребывания или лечения в учреждении Endeavor Health. Все организации соблюдают условия настоящего Уведомления о действующем порядке обеспечения конфиденциальности и могут передавать вашу информацию друг другу для лечения, оплаты или осуществления медицинских операций. Этот список может периодически обновляться. Чтобы получить уточненный список участвующих организаций, обратитесь в отдел конфиденциальности (Endeavor Health Privacy Office) компании Endeavor Health: в письменном виде по адресу: Endeavor Health, Corporate Compliance Department — Privacy Office, 4201 Winfield Road, Warrenville, IL 60555; или по электронной почте privacyofficer@eehealth.org.

Endeavor Health ведет свой установленный комплект записей с помощью электронной медицинской карты (далее — «система EMR»), совместно используемой в ходе медицинской деятельности некоторыми другими местными врачами, которые участвуют в уполномоченной организации по оказанию медицинской помощи (Accountable Care Organization, ACO). С помощью системы EMR информация из медицинских карт пациентов Endeavor объединяется с данными других поставщиков, пользующихся системой EMR (каждый из них — «участвующий поставщик услуг здравоохранения»), а все вместе — «участвующие поставщики услуг здравоохранения»), поэтому у каждого пациента есть единая многолетняя медицинская карта, включающая медицинские услуги, предоставленные участвующими поставщиками услуг здравоохранения.

ENDEAVOR HEALTH**УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

Таким образом, участвующие поставщики услуг здравоохранения сформировали одну или несколько организованных систем здравоохранения, в рамках которых участвующие поставщики услуг здравоохранения участвуют в совместной деятельности по проверке использования и (или) обеспечению качества, и в связи с этим имеют право участвовать в Соглашении о предоставлении организованного медицинского обслуживания (Organized Health Care Arrangement, ОНСА). За некоторыми исключениями, все участвующие поставщики услуг здравоохранения и АСО как участники ОНСА могут использовать и раскрывать информацию из медицинской карты, содержащуюся в системе EMR, для целей лечения, оплаты и операций по оказанию медицинской помощи каждого из участников ОНСА и (или) АСО.

Endeavor Health ведет свой установленный комплект записей с помощью электронной медицинской карты — системы EMR, совместно используемой с некоторыми другими системами здравоохранения, такими как University of Chicago Medical Center, University of Chicago Health Care Components, Advocate Health and Hospitals Corporation d/b/a Advocate Children's Hospital, NorthShore University HealthSystem, Edward Hospital, Elmhurst Memorial Hospital, Linden Oaks Hospital и Chicagoland Children's Health Alliance (совместно — «ССНА»). С помощью системы EMR информация из медицинских карт пациентов Endeavor Health объединяется с информацией других поставщиков услуг ССНА, которые участвуют в ССНА (каждый из них — «участвующий поставщик услуг здравоохранения», а все вместе — «участвующие поставщики услуг здравоохранения»). Таким образом, участвующие поставщики услуг здравоохранения сформировали одну или несколько организованных систем здравоохранения, в рамках которых участвующие поставщики услуг здравоохранения участвуют в совместной деятельности по проверке использования и (или) обеспечению качества, и в связи с этим имеют право участвовать в Соглашении о предоставлении организованного медицинского обслуживания (Organized Health Care Arrangement, ОНСА). За некоторыми исключениями, все участвующие поставщики услуг здравоохранения и ССНА как участники ОНСА могут использовать и раскрывать информацию из медицинской карты, принадлежащую общим пациентам, содержащуюся в системе EMR, для целей лечения, оплаты и операций по оказанию медицинской помощи каждого из участников ОНСА и (или) ССНА.

ENDEAVOR HEALTH
УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ENDEAVOR HEALTH (NOTICE OF PRIVACY PRACTICES, NPP) ПРИЛОЖЕНИЕ А. КАК ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ СВОИМИ ПРАВАМИ			
Ваше право	Клинические операции Endeavor Health (f/k/a Northshore) и пациенты больницы Swedish Hospital	Пациенты Northwest Community Healthcare	Пациенты клиники Edward-Elmhurst
Запрос копии медицинской карты. Необходимо заполнить форму разрешения на раскрытие записей и отправить по указанному адресу	Через портал для пациентов: NorthShore Connect; По почте: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077 По факсу: (847) 982-4499 По электронной почте: releaseforms@northshore.org	По почте: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005 По факсу: (847) 618-3249 По электронной почте: recordrequest@nch.org	По почте: Edward Hospital, Linden Oaks Hospital или Affiliated Medical Groups Attn: Medical Records Department 801 South Washington Street Naperville, IL 60540 Elmhurst Hospital или Affiliated Medical Groups Attn: Medical Records Department 155 E. Brush Hill Road Elmhurst, IL 60126
Запрос на внесение изменений или исправлений в медицинскую карту	По почте: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077 По электронной почте: HIMservices@northshore.org	По почте: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Dept. 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005 По факсу: (847) 618-3249 По электронной почте: recordrequest@nch.org	По телефону: (331) 221-6936
Запрос на получение конфиденциальных сообщений	По почте: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077 По электронной почте: HIMservices@northshore.org	По почте: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005 По факсу: (847) 618-3249 По электронной почте: recordrequest@nch.org	По почте: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540
Запрос на отказ от участия в программе Epic Care Everywhere	Обратитесь в любую из наших больниц, групп врачей и центров обслуживания пациентов, позвонив по телефону: (331) 221-0714		
Запрос на отказ от заключения договоров на проведение научных и клинических исследований	Обратитесь в любую из наших больниц, групп врачей и центров обслуживания пациентов, позвонив по телефону: (224) 364-7100.		

ENDEAVOR HEALTH
УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ENDEAVOR HEALTH (NOTICE OF PRIVACY PRACTICES, NPP) ПРИЛОЖЕНИЕ А. КАК ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ СВОИМИ ПРАВАМИ			
Ваше право	Клинические операции Endeavor Health (f/k/a Northshore) и пациенты больницы Swedish Hospital	Пациенты Northwest Community Healthcare	Пациенты клиники Edward-Elmhurst
Запрос на ограничение использования и раскрытия медицинской информации	<p>По почте: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170, Skokie, IL 60077</p> <p>По электронной почте: HIMservices@northshore.org</p>	<p>По почте: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>По факсу: (847) 618-3249</p> <p>По электронной почте: recordrequest@nch.org</p>	<p>По почте: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p> <p>По телефону: (331) 221-6936</p>
Запрос отчета о раскрытии информации	<p>По почте: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077</p> <p>По электронной почте: HIMservices@northshore.org</p>	<p>По почте: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>По факсу: (847) 618-3249</p> <p>По электронной почте: recordrequest@nch.org</p>	<p>По почте: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p>
Запрос на отказ от общения по маркетинговым причинам	<p>По телефону: (847) 570-3187</p> <p>По электронной почте: marketing@northshore.org</p>		
Запрос на отказ от общения с любым фондом	<p><u>NorthShore Foundation</u> По телефону: (224) 364-7600 По электронной почте: philanthropy@northshore.org</p> <p><u>Swedish Hospital Foundation</u> По телефону: (773) 293-5121 По электронной почте: schfoundation@schosp.org</p>	<p><u>Northwest Community Hospital Foundation</u> По телефону: (847) 618-4260 По электронной почте: foundation@nch.org</p>	<p><u>Edward Hospital Foundation</u> По телефону: (630) 527-3954 По электронной почте: edward.foundation@eehealth.org</p> <p><u>Elmhurst Memorial Hospital Foundation</u> По телефону: (331) 221-4483 По электронной почте: Elmhurst.Foundation@EEHealth.org</p>