



ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ԳՈՐԵԼԱԿԵՐՊԻ ՄԱՍԻՆ

Ձեր տեղեկատվությունը: Ձեր իրավունքները: Մեր պարտականությունները:

Այս ծանուցումը նկարագրում է, թե ինչպես կարող են օգտագործվել և բացահայտվել ձեր մասին բժշկական տեղեկությունները, և ինչպես կարող եք մուտք ունենալ այս տեղեկատվությանը: Խնդրում ենք ուշադիր վերանայել այն:

Եթե այս ծանուցման վերաբերյալ հարցեր ունեք, դիմեք DDS-ի գաղտնիության պատասխանատուին՝ PrivacyOfficer@dds.ca.gov հասցեով:

ՈՎ ԿՅԵՏԵՎԻ ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄԸ

Այս ծանուցումը նկարագրում է մեր վարչության պրակտիկան և այն.

- DDS-ի ցանկացած առողջապահական մասնագետ, որը լիազորված է տեղեկատվություն մուտքագրելու ձեր առողջական գրանցամատյանում:
- Բոլոր DDS շահագործվող օբյեկտները:
- Կամավորական խմբի ցանկացած անդամ մենք թույլ ենք տալիս օգնել ձեզ, մինչ դուք մեր ինամբի տակ եք:
- DDS-ի բոլոր աշխատուժի անդամները և կապալառուները:
- Ցանկացած գործընկեր, ներառյալ տարածաշրջանային կենտրոնները, մենք պայմանագիր ենք կնքում մեր անունից ծառայություններ մատուցելու համար: Նման գործընկերներից օրենքով պահանջվում է պաշտպանել ձեր առողջական տեղեկատվությունը և պահպանել գաղտնիության նույն իրավական չափանիշները, ինչ մեր կազմակերպությունը:

Այս բոլոր կազմակերպությունները, շինությունները և վայրերը հետևում են այս ծանուցման պայմաններին: Բացի այդ, այս կազմակերպությունները, շինությունները և վայրերը կարող են կիսվել ձեր տեղեկությունները միմյանց հետ բուժման, վճարման կամ առողջապահական գործառնությունների նպատակների համար, որոնք նկարագրված են սույն ծանուցման մեջ:

ԲԺՇԿԱԿԱՆ, ՀՈԳԱԿԱՆ ԵՎ ՎԱՐՔԱԳՐԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ՄԵՐ ԽՈՍՏՈՒՄԸ

- Մենք հասկանում ենք, որ ձեր և ձեր առողջության մասին տեղեկությունները անձնական են:
- Մենք պարտավորվում ենք պաշտպանել ձեր մասին տեղեկությունները:
- Մենք ստեղծում ենք ձեր ստացած ինսամբի և ծառայությունների գրառումը: Մեզ անհրաժեշտ է այս գրառումը ձեզ որակյալ ինսամբ ապահովելու և որոշակի իրավական պահանջներին համապատասխանելու համար: Այս ծանուցումը վերաբերում է DDS-ի կողմից ստեղծված ձեր ինսամբի վերաբերյալ բոլոր գրառումներին, անկախ այն բանից՝ կազմված են նրա անձնակազմի կամ մատակարարի կողմից: Նկատի ունեցե՛ք, որ ձեր արտաքին մատակարարը կարող է ունենալ տարբեր քաղաքականություն կամ ծանուցումներ արտաքին մատակարարի գրասենյակում կամ կլինիկայում ստեղծված ձեր տեղեկատվության օգտագործման և բացահայտման վերաբերյալ:

Այս ծանուցումը ձեզ կպատմի այն եղանակների մասին, որոնցով մենք կարող ենք օգտագործել և բացահայտել ձեր մասին տեղեկությունները: Մենք նաև նկարագրում ենք ձեր իրավունքները և որոշակի պարտավորությունները, որոնք մենք ունենք՝ կապված ձեր տեղեկատվության օգտագործման և բացահայտման հետ:

ՄԵՉԱՆԻՑ ՕՐԵՆՔՈՎ ՊԱՅԱՆՉՎՈՒՄ Է.

- Ապահովել, որ ձեր ինքնությունը հաստատող տեղեկությունները գաղտնի են պահվում (որոշ բացառություններով),
- Տրամադրել ձեզ այս ծանուցումը ձեր մասին տեղեկությունների հետ կապված մեր իրավական պարտականությունների և գաղտնիության պրակտիկայի մասին,
- Տեղադրել այս ծանուցումը ակնհայտ վայրում, որպեսզի տեսնեք, և այն հասանելի դարձրեք էլեկտրոնային եղանակով մեր կայքի միջոցով,
- Տեղեկացնել ձեզ ձեր առողջական տեղեկատվության խախտման մասին,
- Խտրականություն չդնել ռասայի, մաշկի գույնի, կրոնի, ազգային ծագման, սեռի, սեռական կողմնորոշման, գենդերային ինքնության, տարիքի կամ հաշմանդամության հիման վրա և
- Հետևել այս պահին գործող ծանուցման պայմաններին:

ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ ԵՆՔ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼ ԵՎ ԲԱՑԱՀԱՅՏԵԼ ՁԵՐ ՄԱՍԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ, ՀՈԳԱԿԱՆ ԵՎ ԿԱՐՔԱԳՐԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Հետևյալ կատեգորիաները նկարագրում են տարբեր եղանակներ, որոնք մենք օգտագործում և բացահայտում ենք տեղեկատվություն: Օգտագործումների կամ բացահայտումների յուրաքանչյուր կատեգորիայի համար մենք կբացատրենք, թե ինչ նկատի ունենք և կփորձենք բերել որոշ օրինակներ: Ոչ բոլոր օգտագործումը կամ բացահայտումը կատեգորիայի մեջ նշված կլինի: Այնուամենայնիվ, բոլոր այն ուղիները, որոնք մեզ թույլատրվում է օգտագործել և բացահայտել տեղեկատվությունը կհայտնվի կատեգորիաներից մեկում: Օգտագործումները և բացահայտումները, որոնք նկարագրված չեն սույն ծանուցման մեջ, կկատարվեն միայն ձեր գրավոր թույլտվությամբ:

1) Բացահայտում ձեր խնդրանքով

Մենք կարող ենք տեղեկատվություն հրապարակել, երբ պահանջվի ձեր կողմից: Ձեր խնդրանքով այս բացահայտումը կարող է պահանջել ձեր կողմից գրավոր թույլտվություն:

2) Բուժման համար

Մենք կարող ենք օգտագործել ձեր մասին տեղեկությունները ձեզ բժշկական բուժում կամ ծառայություններ տրամադրելու համար: Մենք կարող ենք ձեր մասին տեղեկությունները հայտնել բժիշկներին, բուժքույրերին, տեխնիկներին, առողջապահական ոլորտի ուսանողներին կամ այլ անձնակազմին, ովքեր ներգրավված են ձեր մասին հոգ տանելու գործում: Օրինակ, բժիշկը, ով բուժում է ձեզ ոտքի կոտրվածքը, կարող է անհրաժեշտ լինել, որ իմանա, թե դուք շաքարախտ ունեք, քանի որ շաքարախտը կարող է դանդաղեցնել ապաքինման գործընթացը, բժիշկը, որը բուժում է ձեզ հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրներից, կարող է կարիք ունենալ իմանալու, թե ինչ դեղամիջոցներ եք դուք ներկայումս ընդունում, քանի որ դեղերը կարող են ազդել, թե ինչ այլ դեղամիջոցներ կարող են նշանակվել ձեզ համար:

3) Վճարման համար

Մենք կարող ենք օգտագործել և բացահայտել ձեր մասին տեղեկությունները, որպեսզի ձեր ստացած բուժումն ու ծառայությունները գանձվեն, և վճարումը գանձվի ձեզանից, ապահովագրական ընկերությունից կամ երրորդ կողմից: Օրինակ, մեզ կարող է անհրաժեշտ լինել ձեր ստացած բուժման մասին տեղեկատվություն տրամադրել ձեր առողջապահական ծրագրին, որպեսզի այն մեզ վճարի կամ փոխհատուցի ձեզ բուժման համար:

4) Առողջապահական գործառնությունների համար

Մենք կարող ենք օգտագործել և բացահայտել ձեր մասին տեղեկություններն առողջապահական գործառնությունների համար: Այս օգտագործումը և բացահայտումներն անհրաժեշտ են մեր հաստատությունը գործարկելու և համոզվելու համար, որ մեր բոլոր սպառողները որակյալ ինսամբ ստանան: Օրինակ, մենք կարող ենք օգտագործել տեղեկատվությունը մեր բուժումն ու ծառայությունները վերանայելու և ձեր մասին հոգալու մեր անձնակազմի աշխատանքը գնահատելու համար:

5) Պատահական կիրառումներ և բացահայտումներ

Կան ձեր առողջական տեղեկատվության որոշակի պատահական օգտագործում կամ բացահայտում, որոնք տեղի են ունենում, երբ մենք ծառայություններ ենք մատուցում ձեզ կամ վարում ենք մեր բիզնեսը: Օրինակ, Նույն տարածքում սպասող այլ անձինք կարող են լսել ձեր անունը: Մենք ողջամիտ ջանքեր կգործադրենք՝ սահմանափակելու այս պատահական օգտագործումը և բացահայտումները:

6) Դրամահավաքի գործունեություն

Մենք կարող ենք օգտագործել ձեր մասին տեղեկությունները դրամահավաքի նպատակով, բայց միայն ձեր կողմից վավեր ստորագրված թույլտվությամբ: Բացի այդ, դուք չեք ստանա կամ մաս կազմեք դրամահավաքի հաղորդակցություններին:

7) Ընտանիքի անդամներ կամ ձեր նշանակած այլ անձինք

Եթե ձեր ամուսնու/կնոջ, ծնողի, երեխայի կամ եղբոր կողմից տեղեկատվություն ստանալու հարցում է արվել, և դուք չեք կարող թույլատրել այս տեղեկատվության հրապարակումը, մենք պարտավոր ենք հայցողին ծանուցել ձեր ներկայության մասին մեր հաստատությունում: Եթե դուք չեք պահանջում, որ այս տեղեկատվությունը չտրամադրվի, մենք պետք է ողջամիտ փորձեր ձեռնարկենք տեղեկացնել ձեր մերձավոր ազգականներին կամ ձեր կողմից նշանակված որևէ այլ անձի ձեր ազատման, տեղափոխման, լուրջ հիվանդության, վնասվածքի կամ մահվան մասին միայն ընտանիքի անդամի ինդրանքով:

8) Հաստատությունների տեղեկատու

Մենք կարող ենք ձեր մասին որոշակի սահմանափակ տեղեկություններ ներառել ներքին գրացուցակում, մինչ դուք մեր ձեռնարկության սպառող եք: Այս տեղեկատվությունը կարող է ներառել ձեր անունը, հիվանդանոցում գտնվելու վայրը, ձեր ընդհանուր վիճակը (օրինակ՝ լավ, արդար և այլն) և ձեր կրոնական պատկանելությունը: Եթե հակառակի մասին ձեզանից հատուկ գրավոր հարցում չկա, այս գրացուցակի տեղեկատվությունը, բացառությամբ ձեր կրոնական պատկանելության, կարող է տրամադրվել

Նաև այն մարդկանց, ովքեր ձեզ անունով հարցնում են: Ձեր կրոնական պատկանելությունը կարող է տրվել հոգևորականության անդամի, օրինակ՝ քահանայի կամ ռաբբիի, նույնիսկ եթե նրանք ձեզ անունով չհնդրեն: Այս տեղեկատվությունը հրապարակվում է, որպեսզի ձեր ընտանիքը, ընկերները և հոգևորականները կարողանան այցելել ձեզ և ընդհանուր առմամբ իմանալ, թե ինչ եք անում:

9) Անհատներին, ովքեր ներգրավված են ձեր ինսամբի կամ ձեր ինսամբի համար վճարման մեջ

Մենք կարող ենք ձեր մասին տեղեկություն տրամադրել ընկերոջը կամ ընտանիքի անդամին, որը նշանակված է ձեր կողմից կամ ձեր օրինական լիազորված ներկայացուցչի կողմից՝ ձեր բժշկական օգնությանը ներգրավվելու համար: Մենք կարող ենք նաև տեղեկություններ տալ մեկին, ով օգնում է վճարել ձեր ինսամբի համար: Բացի այդ, մենք կարող ենք ձեր մասին տեղեկությունները տրամադրել մի կազմակերպության, որն աջակցում է աղետից տուժածներին, որպեսզի ձեր ընտանիքը տեղեկացվի ձեր վիճակի, կարգավիճակի և գտնվելու վայրի մասին:

10) Հետազոտություն

Որոշակի հանգամանքներում մենք կարող ենք օգտագործել և բացահայտել ձեր մասին տեղեկությունները հետազոտական նպատակներով: Օրինակ, հետազոտական նախագիծը կարող է ներառել բոլոր սպառողների առողջական վիճակի և վերականգնման համեմատությունը, ովքեր ստացել են մեկ դեղամիջոց և նրանց, ովքեր ստացել են մեկ այլ դեղամիջոց՝ նույն հիվանդության համար:

11) Օրենքով սահմանված կարգով

Մենք կբացահայտենք ձեր մասին տեղեկությունները, երբ դա պահանջվի դաշնային, նահանգային կամ տեղական օրենսդրությամբ:

12) Առողջության կամ անվտանգության համար լուրջ սպառնալիք կանխելու համար

Մենք կարող ենք օգտագործել և բացահայտել ձեր մասին տեղեկատվությունը, երբ դա անհրաժեշտ է, որպեսզի կանխենք ձեր առողջության և անվտանգության կամ հասարակության կամ այլ անձի առողջության և անվտանգության լուրջ վտանգը:

13) Առողջապահական տեղեկատվության փոխանակում

Մենք կարող ենք ձեր առողջական տեղեկատվությունը էլեկտրոնային եղանակով կիսել այլ խմբերի հետ Առողջապահական տեղեկատվության փոխանակման ցանցի միջոցով: Այս այլ խմբերը կարող են ներառել հիվանդանոցներ, լաբորատորիաներ, բժիշկներ, հանրային առողջության բաժանմունքներ, առողջապահական ծրագրեր և այլ մասնակիցներ: Էլեկտրոնային եղանակով տվյալների փոխանակումն ավելի արագ միջոց է ձեր առողջական տվյալները ձեզ բուժող մատակարարներին հասցնելու համար: Օրինակ, եթե դուք ճանապարհորդում եք և բուժման կարիք ունեք, դա թույլ է տալիս մյուս բժիշկներին, որոնք մասնակցում են, էլեկտրոնային եղանակով մուտք գործել ձեր տեղեկատվությունը, որպեսզի օգնեն ձեզ հոգ տանել: Մենք նաև ներգրավված ենք դաշնային մատչելի ինսամֆի մասին օրենքի մեջ և կարող ենք օգտագործել և համօգտագործել տեղեկատվություն, ինչպես թույլատրված է՝ հասնելու ազգային նպատակներին՝ կապված էլեկտրոնային առողջապահական համակարգերի իմաստալից օգտագործման հետ:

14) Հատուկ իրավիճակներ

i. Օրգանների և հյուսվածքների նվիրատվություն

Մենք կարող ենք տեղեկատվություն տրամադրել այն կազմակերպություններին, որոնք զբաղվում են օրգանների ձեռքբերմամբ կամ օրգանների, աչքերի կամ հյուսվածքների փոխպատվաստմամբ կամ օրգանների նվիրատվության բանկին:

ii. Չինվորական և վետերաններ

Եթե դուք զինված ուժերի անձնակազմի անդամ եք կամ օտարերկրյա զինվորական անձնակազմ, մենք կարող ենք ձեր մասին տեղեկություններ հրապարակել, ինչպես պահանջվում է ռազմական հրամանատարական իշխանությունների կողմից:

iii. Աշխատողի փոխհատուցում

Մենք կարող ենք տեղեկություններ հրապարակել ձեր մասին աշխատողների փոխհատուցման կամ նմանատիպ ծրագրերի համար: Այս ծրագրերը նպաստներ են տալիս աշխատանքի հետ կապված վնասվածքների կամ հիվանդության համար:

iv. Հանրային առողջապահական գործունեություն

Մենք կարող ենք ձեր մասին տեղեկություններ հրապարակել հանրային առողջապահական գործունեության համար: Այս գործողությունները կարող են ներառել, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով,

- Հիվանդությունը, վնասվածքը կամ հաշմանդամությունը կանխելու կամ վերահսկելու համար,

- Ձեկուցել ծնունդների և մահերի մասին,
- Ձեկուցել երեխաների, տարեցների և կախյալ մեծահասակների նկատմամբ բռնության կամ անտեսման մասին,
- Ձեկուցել դեղերի կամ արտադրանքի հետ կապված խնդիրների արձագանքների մասին,
- Տեղեկացնել մարդկանց այն ապրանքների հետկանչման մասին, որոնք նրանք կարող են օգտագործել,
- Տեղեկացնել այն անձին, որը կարող է ենթարկվել որևէ հիվանդության կամ կարող է լինել հիվանդության կամ պայմանի վարակման կամ տարածման վտանգի տակ,
- Տեղեկացնել համապատասխան պետական մարմին, եթե կարծում ենք, որ սպառողը բռնության, անտեսման կամ ընտանեկան բռնության զոհ է դարձել: Մենք այս բացահայտումը կանենք միայն այն դեպքում, եթե դուք համաձայն եք, կամ երբ պահանջվում է կամ լիազորված է օրենքով.
- Արտակարգ իրավիճակների արձագանքման աշխատակիցներին ծանուցել ՄԻԱՎ/ՁԻԱՅ-ի ազդեցության մասին, որքանով դա անհրաժեշտ է՝ նահանգային և դաշնային օրենքներին համապատասխանելու համար:

v. Առողջապահական վերահսկողության գործունեություն

Մենք կարող ենք տեղեկատվություն տրամադրել առողջապահական վերահսկողության մարմին օրենքով թույլատրված գործունեության համար: Այս վերահսկողական գործողությունները կարող են ներառել աուդիտ, հետաքննություն, ստուգումներ և լիցենզավորում: Այս գործողություններն անհրաժեշտ են, որպեսզի կառավարությունը վերահսկի առողջապահական համակարգը, կառավարության ծրագրերը և համապատասխանությունը քաղաքացիական իրավունքների մասին օրենքներին:

vi. Դատական հայցեր և վեճեր

Եթե դուք ներգրավված եք դատավարության կամ վեճի մեջ, մենք կարող ենք բացահայտել ձեր մասին տեղեկությունները ի պատասխան դատարանի կամ վարչական կարգի: Մենք կարող ենք նաև բացահայտել ձեր մասին տեղեկություններն ի պատասխան վեճի մեջ ներգրավված մեկ այլ անձի կողմից տրված կանչի, հայտնաբերման խնդրանքի կամ այլ օրինական գործընթացի, բայց միայն այն բանից հետո, երբ պահպանվեն օրենքով պահանջվող բոլոր ընթացակարգերը, ներառյալ այն ջանքերը, որոնք ձեռնարկվել են

ձեզ հայտնելու մասին հարցումը (որը կարող է ներառել ձեզ գրավոր ծանուցում) կամ ստանալ պահանջվող տեղեկատվությունը պաշտպանող հրաման:

Մենք կարող ենք տրամադրել հոգեկան/վարքագծային առողջության մասին տեղեկություններ դատարաններին, փաստաբաններին և դատարանի աշխատակիցներին պահպանության, ինչպես նաև որոշ այլ դատական կամ վարչական վարույթների ընթացքում:

vii. Իրավապահ մարմիններ

Մենք կարող ենք տեղեկատվություն հրապարակել, եթե դա պահանջվի իրավապահ մարմինների կողմից.

- Դատարանի որոշման, դատավարության, հրամանագրի, կանչի կամ նմանատիպ գործընթացի պատասխան
- Կասկածյալին, փախուստի դիմած անձին, իրեղեն վկային, փախածներին և որոշ անհայտ կորած անձանց հայտնաբերելու կամ հայտնաբերելու համար
- Հանցագործության զոհի մասին, եթե որոշակի սահմանափակ հանգամանքներում մենք չենք կարողանում ստանալ անձի համաձայնությունը
- Չեկուցել չարաշահումների, անտեսման կամ հարձակումների մասին, ինչպես պահանջվում կամ թույլատրվում է օրենքով
- Որոշակի սպառնալիքների մասին զեկուցել երրորդ անձանց
- Եթե ոստիկանությունը ձեզ բերի մեր հաստատություն և մեզ խնդրի ձեր արյունը ստուգել ալկոհոլի կամ թմրամիջոցների չարաշահման համար
- Մահվան մասին, որը մենք կարծում ենք, կարող է լինել հանցավոր վարքի հետևանք
- Մեր հաստատությունում հանցավոր վարքագծի մասին
- Արտակարգ իրավիճակներում հանցագործության մասին հաղորդում, հանցագործության կամ զոհերի գտնվելու վայրը, կամ հանցագործություն կատարած անձի ինքնությունը, նկարագրությունը կամ գտնվելու վայրը
- Երբ պահանջվում է սպայի կողմից, ով երաշխավորագիր է ներկայացնում հաստատությանը
- Երբ պահանջվում է սպառողի հարկադիր հոսպիտալացման ժամանակ

- Եթե դուք գտնվում եք ոստիկանությունում կամ ուղղիչ հիմնարկի կալանավոր եք, և տեղեկատվությունը անհրաժեշտ է ձեզ առողջապահություն և պահպանություն, ձեր առողջությունն ու անվտանգությունը, այլոց առողջությունն ու անվտանգությունը կամ ուղղիչ հիմնարկի անվտանգության և անվտանգության համար:

viii. Դատաբժիշկներ, բժշկական փորձաքննություններ և թաղման բյուրոյի տնօրեններ

Մենք կարող ենք տեղեկություն տրամադրել դատաբժշկին կամ բժշկական փորձագետին: Դա կարող է անհրաժեշտ լինել, օրինակ, մահացած անձի ինքնությունը պարզելու կամ մահվան պատճառը պարզելու համար: Անհրաժեշտության դեպքում մենք կարող ենք նաև սպառողների մասին տեղեկություններ տրամադրել հուղարկավորության տնօրեններին:

ix. Ազգային անվտանգության և հետախուզական գործունեություն

Մենք կարող ենք ձեր մասին տեղեկություններ տրամադրել հետախուզության, հակահետախուզության և օրենքով լիազորված այլ ազգային անվտանգության գործունեության լիազորված դաշնային պաշտոնյաներին:

x. Նախագահի և այլոց պաշտպանական ծառայություններ

Մենք կարող ենք ձեր մասին տեղեկությունները հայտնել լիազորված դաշնային պաշտոնյաներին, որպեսզի նրանք պաշտպանեն Նախագահին, ընտրովի սահմանադրական պաշտոնյաներին և նրանց ընտանիքներին կամ օտարերկրյա պետությունների ղեկավարներին կամ հատուկ հետաքննություն անցկացնեն:

xi. Շահերի պաշտպանության խմբեր

Մենք կարող ենք բացահայտել հոգեկան/վարքագծային առողջության մասին տեղեկատվություն Կալիֆորնիայի հաշմանդամության իրավունքներին՝ օրենքով թույլատրված որոշակի հետաքննության նպատակների համար:

xii. Արդարադատության վարչություն

Մենք կարող ենք սահմանափակ տեղեկատվություն տրամադրել Կալիֆորնիայի արդարադատության վարչությանը՝ քրեական արդարադատության համակարգում ներգրավված որոշակի սպառողների մասին տեղաշարժման և նույնականացման նպատակով, կամ այն անձանց վերաբերյալ, ովքեր չեն կարող գնել, պահել կամ վերահսկել հրազեն կամ մահաբեր զենք:

- xiii. Կադրերի բազմամասնագիտական թիմեր
- Մենք կարող ենք տեղեկատվություն տրամադրել բազմամասնագիտական անձնակազմի թիմին, որը վերաբերում է բռնության ենթարկված երեխայի և երեխայի ծնողների, կամ տարեցների բռնության կամ կախյալ չափահասների և անտեսման կանխարգելման, նույնականացման, կառավարման կամ բուժման հետ կապված:
- xiv. Տեղեկատվության հատուկ կատեգորիաներ
- Որոշ հանգամանքներում ձեր տեղեկատվությունը կարող է ենթարկվել սահմանափակումների, որոնք կարող են սահմանափակել կամ բացառել սույն ծանուցման մեջ նկարագրված որոշ օգտագործում կամ բացահայտումներ: Օրինակ, կան հատուկ սահմանափակումներ որոշակի կատեգորիաների տեղեկատվության օգտագործման կամ բացահայտման վերաբերյալ, օրինակ՝ հոգեթերապիայի նշումներ, գենետիկական թեստեր, ՄԻՎՎ-ի թեստեր կամ հոգեկան առողջության պայմանների կամ ակոհոլի և թմրամիջոցների չարաշահման բուժում: Կառավարությունը առողջապահական նպաստների ծրագրերը, ինչպիսիք են Medi-Cal-ը, կարող են նաև սահմանափակել շահառուների տեղեկատվության բացահայտումը ծրագրի հետ չկապված նպատակներով:
- xv. Սենատի և ասամբլեայի կանոնակարգերի հանձնաժողովներ
- Մենք կարող ենք ձեր տեղեկությունները հայտնել Սենատի կամ Համագումարի կանոնակարգի հանձնաժողովին՝ օրենսդրական հետաքննության նպատակով:
- xvi. Միացյալ Նահանգների առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչություն
- Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր տեղեկությունները Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտի վարչությանը՝ HIPAA-ի Գաղտնիության կանոնին մեր համապատասխանությունը հետաքննելու կամ որոշելու նպատակով:
- xvii. Հոգեթերապիայի նշումներ
- Հոգեթերապիայի նշումներ նշանակում են գրառումներ, որոնք գրանցված են (ցանկացած միջավայրում) բուժաշխատողի կողմից, ով հոգեկան առողջության մասնագետ է, որը փաստագրում կամ վերլուծում է գրույցի բովանդակությունը մասնավոր խորհրդատվական նստաշրջանի կամ խմբային, համատեղ կամ ընտանեկան խորհրդատվության ընթացքում, և որոնք առանձնացված են անձի մնացած բժշկական գրառումներից:

Մենք կարող ենք օգտագործել կամ բացահայտել ձեր հոգեթերապիայի նշումները միայն ձեր թույլտվությամբ, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ պահանջվում է օրենքով կամ հետևյալ հանգամանքներում.

- Նշումների հեղինակի կողմից օգտագործելու համար
- Ուսանողների, վերապատրաստվողների կամ պրակտիկանտների համար վերահսկվող հոգեկան առողջության վերապատրաստման ծրագրերում
- DDS-ի կողմից՝ անհատի կողմից հարուցված իրավական հայցը կամ այլ վարույթը պաշտպանելու համար
- Անձի կամ հանրության առողջությանը կամ անվտանգությանը սպառնացող լուրջ և անմիջական վտանգը կանխելու կամ նվազեցնելու համար
- Հոգեթերապիայի նշումների հեղինակի առողջության հսկողության համար
- Օգտագործման կամ բացահայտման համար դատաբժշկին կամ բժշկական փորձագետին սպառողի մահվան մասին հայտնելու համար
- Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչության քարտուղարին օգտագործման կամ բացահայտման համար՝ HIPAA-ի Գաղտնիության կանոնին DDS-ի համապատասխանությունը ուսումնասիրելու կամ որոշելու նպատակով:

Ձեր ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ Ձեր ԲԺՇԿԱԿԱՆ, ՀՈԳԵԿԱՆ/ՎԱՐՔԱԳՐԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐԱԲԵՐՅԱԼ

Դուք ունեք հետևյալ իրավունքները ձեր մասին մեր կողմից պահպանվող տեղեկատվության վերաբերյալ.

1) Ստուգելու և պատճենելու իրավունք

Մենք կարող ենք բացահայտել տեղեկատվությունը՝ տրամադրելով պատճեններ կամ ստուգման համար հասանելիություն, երբ ձեր կողմից պահանջվի: Երրորդ կողմին նման բացահայտումը, ձեր խնդրանքով, կարող է պահանջել ձեր կողմից գրավոր թույլտվություն:

2) Փոփոխելու իրավունք

Եթե կարծում եք, որ ձեր մասին մեր ունեցած տեղեկատվությունը սխալ է կամ թերի, կարող եք խնդրել մեզ փոփոխել տեղեկատվությունը: Դուք իրավունք ունեք փոփոխություն պահանջելու այնքան ժամանակ, քանի դեռ տեղեկատվությունը մեզ մոտ է պահվում: Փոփոխություն պահանջելու համար

ձեր հարցումը պետք է գրավոր ներկայացվի և ներկայացվի այն հաստատություն, որտեղ պահվում են գրառումները: Բացի այդ, դուք կարող եք պատճառաբանել ձեր խնդրանքը:

Մենք կարող ենք մերժել փոփոխության ձեր խնդրանքը, եթե այն գրավոր չէ կամ չի պարունակում խնդրանքին աջակցելու պատճառ: Բացի այդ, մենք կարող ենք մերժել ձեր խնդրանքը, եթե դուք խնդրեք մեզ փոփոխել տեղեկատվությունը, որը.

- Չի ստեղծվել մեր կողմից, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ տեղեկատվությունը ստեղծած անձը կամ կազմակերպությունն այլևս հասանելի չէ փոփոխություն կատարելու համար,
- Մեր կողմից կամ մեզ համար պահվող տեղեկատվության մաս չէ,
- Այն տեղեկատվության մաս չէ, որը ձեզ կթույլատրվի ստուգել և պատճենել, կամ
- Ճշգրիտ է և ամբողջական:

Նույնիսկ եթե մենք մերժում ենք փոփոխության ձեր խնդրանքը, դուք իրավունք ունեք գրավոր լրացում ներկայացնել, որը չպետք է գերազանցի 250 բառը, ձեր գրառման ցանկացած կետի կամ հայտարարության վերաբերյալ, որը դուք կարծում եք, որ թերի է կամ սխալ: Եթե դուք հստակ գրավոր նշում եք, որ ցանկանում եք, որ լրացումը դառնա ձեր առողջական գրառման մաս, մենք այն կկցենք ձեր գրառումներին և կներառենք այն ամեն անգամ, երբ մենք բացահայտենք այն կետը կամ հայտարարությունը, որը դուք կարծում եք, որ թերի է կամ սխալ:

3) Բացահայտումների հաշվառման իրավունք

Դուք իրավունք ունեք պահանջելու «բացահայտումների հաշվառում»: Սա ձեր մասին տեղեկությունների բացահայտումների ցանկն է, որը բացառությամբ բուժման, վճարման և առողջապահական գործառնությունների մեր սեփական օգտագործման (ինչպես վերը նկարագրված են այդ գործառնությունները) և օրենքով այլ բացառություններով:

Այս ցանկը կամ բացահայտումների հաշվառումը պահանջելու համար դուք պետք է ձեր հարցումը գրավոր ներկայացնեք այն հաստատությանը կամ հաստատություններին, որտեղ դուք բնակվում էիք: Ձեր հարցումը պետք է նշի ժամկետ, որը չի կարող ավելի երկար լինել վեց տարուց և չի կարող ներառել 2003 թվականի ապրիլի 14-ից առաջ ժամկետներ: Ձեր հարցումը պետք է նշի, թե ինչ ձևով եք ուզում ցուցակը (օրինակ՝ թղթային կամ էլեկտրոնային եղանակով): Առաջին ցուցակը, որը դուք կխնդրեք 12 ամսվա ընթացքում, կլինի անվճար: Լրացուցիչ ցուցակների համար մենք կարող ենք ձեզանից գանձել ցուցակի տրամադրման ծախսերը: Մենք ձեզ կտեղեկացնենք ներգրավված ծախսերի մասին, և դուք կարող եք ընտրել հետ կանչել կամ փոփոխել ձեր հարցումը այդ պահին՝ նախքան որևէ ծախս առաջանալը: Բացի այդ, մենք ձեզ կտեղեկացնենք, ինչպես պահանջվում է օրենքով, ձեր անապահով պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվության խախտումից հետո:

4) Սահմանափակումներ պահանջելու իրավունք

Դուք իրավունք ունեք պահանջելու սահմանափակում կամ սահմանափակում այն տեղեկատվության նկատմամբ, որը մենք օգտագործում կամ բացահայտում ենք ձեր մասին բուժման, վճարման կամ առողջապահական գործառնությունների համար: Դուք նաև իրավունք ունեք պահանջելու սահմանափակում ձեր մասին մեր բացահայտած տեղեկատվության համար մեկին, ով ներգրավված է ձեր ինսամբի կամ ձեր ինսամբի համար վճարման մեջ, օրինակ՝ ընտանիքի անդամին կամ ընկերոջը: Օրինակ, դուք կարող եք խնդրել, որ մենք չօգտագործենք կամ չհրապարակենք ձեր կատարած վիրահատության մասին տեղեկությունները:

Մեզանից չի պահանջվում համաձայնել ձեր խնդրանքին, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դուք մեզ խնդրում եք սահմանափակել բացահայտումը առողջապահական ծրագրի կամ ապահովագրողի համար վճարումների կամ առողջապահական գործառնությունների նպատակներով, եթե դուք կամ ձեր անունից որևէ մեկը (բացի առողջապահական ծրագրից կամ ապահովագրողից), ամբողջությամբ վճարել եք ապրանքի կամ ծառայության համար: Ընթացակարգի համար, որը սովորաբար վճարվում է առողջապահական ծրագրին: Նույնիսկ եթե դուք խնդրեք այս հատուկ սահմանափակումը, մենք կարող ենք տեղեկատվությունը տրամադրել առողջապահական ծրագրին կամ ապահովագրողին՝ ձեզ բուժելու նպատակով:

Եթե մենք համաձայնենք մեկ այլ հատուկ սահմանափակման, մենք կկատարենք ձեր խնդրանքը, եթե տեղեկատվությունը անհրաժեշտ չէ ձեզ շտապ օգնություն տրամադրելու համար:

Սահմանափակումներ պահանջելու համար դուք պետք է ձեր հարցումը գրավոր ներկայացնեք այն հաստատությանը, որտեղ մատուցվել են ծառայությունը կամ ծառայությունները: Ձեր հարցումում դուք պետք է ասեք մեզ՝ 1) ինչ տեղեկատվություն եք ցանկանում սահմանափակել, 2) արդյոք դուք ցանկանում եք սահմանափակել մեր օգտագործումը, բացահայտումը կամ երկուսն էլ, և 3) ում վրա եք ցանկանում, որ կիրառվեն սահմանափակումները, օրինակ՝ ձեր ամուսնու բացահայտումները:

5) DDS-ից ձեզ գաղտնի հաղորդակցություններ պահանջելու իրավունք

Դուք իրավունք ունեք պահանջելու, որ մենք ձեզ հետ շփվենք առողջական հարցերի վերաբերյալ որոշակի ձևով կամ որոշակի վայրում: Օրինակ, կարող եք խնդրել, որ մենք ձեզ հետ կապվենք միայն ձեր բնակության վայրում կամ փոստով:

Գաղտնի հաղորդակցություն խնդրելու համար դուք պետք է ձեր հարցումը գրավոր ներկայացնեք այն հաստատությանը, որտեղ ծառայությունը կամ ծառայությունները մատուցվել են կամ պետք է տրամադրվեն: Մենք ձեզ չենք հարցնի ձեր խնդրանքի պատճառը: Մենք կբավարարի բոլոր ողջամիտ պահանջները: Ձեր հարցումը պետք է նշի, թե ինչպես և որտեղ եք ցանկանում կապվել ձեզ հետ:

6) Սույն ծանուցման թղթային պատճենը ստանալու իրավունք

Դուք իրավունք ունեք ստանալու այս ծանուցման թղթային պատճենը: Դուք կարող եք խնդրել

մեզ ցանկացած ժամանակ տրամադրել ձեզ այս ծանուցման պատճենը: Նույնիսկ եթե դուք համաձայնել եք ստանալ այս ծանուցումը էլեկտրոնային եղանակով, դուք դեռ իրավունք ունեք խնդրել թղթային պատճենը:

Դուք կարող եք ստանալ այս ծանուցման պատճենը մեր կայքում www.dds.ca.gov կամ խնդրեք այն հաստատությանը, որտեղ դուք ծառայություններ եք ստանում, թղթային պատճեն ստանալու համար:

Նկատի ունեցեք, որ մենք կարող ենք պահանջել, որ այս բաժնի համաձայն ձեր կողմից արված ցանկացած հարցում պարունակի հայտարարություն այն մասին, որ ամբողջ կամ դրա մի մասի բացահայտումը, որին վերաբերում է հարցումը, կարող է վտանգել ձեզ:

7) Փոփոխություններ սույն ծանուցման մեջ

Մենք իրավունք ենք վերապահում փոխել այս ծանուցումը: Մենք իրավունք ենք վերապահում վերանայված կամ փոփոխված ծանուցումն ուժի մեջ դնել ձեր մասին արդեն իսկ ունեցած տեղեկությունների, ինչպես նաև ապագայում մեր ստացած ցանկացած տեղեկատվության համար: Մենք կտեղադրենք ընթացիկ ծանուցման պատճենը հաստատությունում: Ծանուցումը կպարունակի ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը առաջին էջում:

8) Բողոքներ

Եթե կարծում եք, որ ձեր գաղտնիության իրավունքները խախտվել են, կարող եք բողոք ներկայացնել մեզ կամ ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչության քարտուղարին: Մեզ բողոք ներկայացնելու համար կապվեք Գաղտնիության ապահովման գլխավոր տնօրենի հետ privacyofficer@dds.ca.gov հասցեով կամ (916) 654-3405: Բոլոր բողոքները պետք է ներկայացվեն գրավոր: Բողոք ներկայացնելու համար դուք չեք տույժի կամ վրեժխնդրության ենթարկվեք:

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԵՎ ՀՈԳԱԿԱՆ/ՎԱՐՔԱԳԾԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԱՅԼ ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄՆԵՐ

Մեզ նկատմամբ կիրառվող օրենքների սույն ծանուցմամբ չձաձկված տեղեկատվության այլ օգտագործում և բացահայտում կիրականացվի միայն ձեր գրավոր թույլտվությամբ: Եթե դուք մեզ թույլտվություն եք տրամադրում օգտագործելու կամ բացահայտելու ձեր մասին տեղեկությունները, դուք կարող եք ցանկացած ժամանակ չեղարկել թույլտվությունը գրավոր: Եթե դուք չեղարկեք ձեր թույլտվությունը, դա կդադարեցնի ձեր տեղեկատվության հետագա օգտագործումը կամ բացահայտումը ձեր գրավոր թույլտվությամբ ծածկված նպատակների համար, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ մենք արդեն գործել ենք՝ հենվելով ձեր թույլտվության վրա: Դուք հասկանում եք, որ մենք չենք կարող հետ վերցնել ձեր թույլտվությամբ արդեն իսկ արված որևէ բացահայտում, և որ մեզանից պահանջվում է պահպանել ձեր տրամադրած ինսամբի մասին մեր գրառումները:



ԾԱՆՈՒՑՈՒՄԸ ՍՏԱՆԱՑԵԼՈՒ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ

ՄՊԱՌՈՐԻ ԱՆՈՒՆԸ. _____

Ստորագրելով այս ձևը՝ դուք համաձայնում եք, որ ստացել եք Ձարգացման ծառայությունների վարչության (DDS) *Գաղտնիության գործելակերպի մասին ծանուցման* պատճենը: Մեր «Գաղտնիության գործելակերպի մասին ծանուցումը» պատմում է ձեզ, թե ինչպես մենք կարող ենք օգտագործել և բացահայտել ձեր պաշտպանված առողջական տեղեկությունները: Մենք խնդրում ենք, որ դուք կարդաք այդ ամենը:

Ես՝ _____, ստացել եմ DDS-ի *Գաղտնիության գործելակերպի մասին ծանուցման*
Տպել անունը

պատճենը:

Ամսաթիվ՝ _____ Ժամանակը: _____ a.m./p.m. **Ստորագրություն՝** _____
Սպառող կամ օրինական ներկայացուցիչ

Եթե ստորագրված է այլ անձի կողմից, քան սպառողը, նշեք հարաբերությունները. _____

Office Use Only
(Միայն գրասենյակային օգտագործման համար):



INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGMENT

Good Faith Effort (check all that apply):

- I provided copy of notice to consumer or legal representative
- I presented the Acknowledgment to consumer or legal representative for signature
- Other (Explain): _____

Reason(s) why the Acknowledgment was not obtained (check all that apply):

- The consumer or legal representative refused to sign
- Other (Explain): _____

DDS Staff Signature: _____

DDS Staff Name: _____

Date: _____ **Time:** _____ a.m./p.m.