

اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی

اطلاعات شما حقوق شما مسئولیت های ما

این اعلامیه نحوه استفاده و افشای اطلاعات پزشکی شما و نحوه دسترسی شما به این اطلاعات را توضیح می دهد. لطفاً با دقت بررسی کنید.

اگر در مورد این اعلامیه سؤالی دارید، لطفاً با مسئول حفظ حریم خصوصی DDS در PrivacyOfficer@dds.ca.gov تماس بگیرید.

چه کسی این اطلاعیه را دنبال خواهد کرد

این اطلاعیه اقدامات بخش ما و موارد زیر را شرح می دهد:

- هر متخصص مراقبت های بهداشتی DDS که مجاز به وارد کردن اطلاعات در پرونده (دوسیه) سلامت شما باشد.
 - تمام امکانات DDS اداره می شود.
 - به هر عضوی از یک گروه داوطلب اجازه می دهیم تا زمانی که تحت مراقبت ما هستید به شما کمک کند.
 - همه اعضای نیروی کار DDS و پیمانکاران.
 - هر یک از همکاران تجاری، از جمله مراکز منطقه ای، برای انجام خدمات از طرف ما قرارداد می بندیم. چنین شرکای تجاری طبق قانون موظفند از اطلاعات سلامتی شما محافظت کنند و از استانداردهای قانونی حفظ حریم خصوصی مانند سازمان ما پیروی کنند.
- همه این نهادها، سایتها و مکانها از شرایط این اطلاعیه پیروی می کنند. علاوه بر این، این نهادها، سایتها و مکانها ممکن است اطلاعات شما را برای اهداف درمان، پرداخت یا عملیات مراقبت های بهداشتی که در این اطلاعیه توضیح داده شده است، با یکدیگر به اشتراک بگذارند.

تعهد ما در رابطه با اطلاعات بهداشتی پزشکی، روانی و رفتاری

- ما درک می‌کنیم که اطلاعات مربوط به شما و سلامت شما شخصی است.
- ما متعهد به محافظت از اطلاعات شما هستیم.
- ما سابقه ای از مراقبت و خدماتی که دریافت می‌کنید ایجاد می‌کنیم. ما به این سابقه نیاز داریم تا مراقبت با کیفیتی به شما ارائه دهیم و با الزامات قانونی خاصی مطابقت داشته باشیم. این اخطار در مورد تمام سوابق مراقبت شما که توسط DDS ایجاد شده است، چه توسط پرسنل یا ارائه دهنده آن ایجاد شده باشد، اعمال می‌شود. توجه داشته باشید که ارائه‌دهنده خارجی شما ممکن است سیاست‌ها یا اعلامیه‌های متفاوتی در رابطه با استفاده و افشای اطلاعات شما ایجاد شده در مطب یا کلینیک ارائه‌دهنده خارجی داشته باشد.
- این اعلان به شما در مورد روش‌هایی که ممکن است از آن‌ها استفاده کرده و اطلاعات مربوط به شما را افشا کنیم، می‌گوید. ما همچنین حقوق شما و تعهدات خاصی که در رابطه با استفاده و افشای اطلاعات شما داریم را شرح می‌دهیم.

طبق قانون از ما خواسته شده است که:

- اطمینان حاصل کنید که اطلاعاتی که شما را شناسایی می‌کند خصوصی نگه داشته می‌شود (به استثنای برخی موارد).
- این اخطار را در مورد وظایف قانونی و شیوه‌های حفظ حریم خصوصی در رابطه با اطلاعات مربوط به شما به شما می‌دهد.
- این اعلامیه را در مکانی واضح برای دیدن شما ارسال کنید و از طریق وب سایت ما به صورت الکترونیکی در دسترس قرار دهید.
- در مورد نقض اطلاعات سلامتی تان به شما اطلاع دهد.
- بر اساس نژاد، رنگ، مذهب، اصل ملی، جنس، گرایش جنسی، هویت جنسی، سن یا ناتوانی تبعیض قائل نشوید. و
- از شرایط اعلامیه ای که در حال حاضر معتبر است پیروی کنید.

چگونه ممکن است از اطلاعات بهداشتی پزشکی، روانی و رفتاری در مورد شما استفاده و افشا کنیم

دسته‌های زیر روش‌های مختلف استفاده و افشای اطلاعات را توصیف می‌کنند. برای هر دسته از موارد استفاده یا افشا، منظور خود را توضیح خواهیم داد و سعی می‌کنیم چند مثال ارائه دهیم. همه موارد استفاده یا افشا در یک دسته فهرست نمی‌شوند. با این حال، همه راه‌هایی که ما مجاز به استفاده و افشای آن هستیم اطلاعات در یکی از دسته بندی‌ها قرار می‌گیرد. استفاده‌ها و افشاگری‌هایی که در این اطلاعیه توضیح داده نشده‌اند، تنها با مجوز کتبی شما انجام می‌شوند.

1) افشا به درخواست شما

ممکن است در صورت درخواست شما اطلاعاتی را فاش کنیم. این افشا به درخواست شما ممکن است به مجوز کتبی شما نیاز داشته باشد.

2) برای درمان

ما ممکن است از اطلاعات مربوط به شما برای ارائه خدمات درمانی یا خدمات پزشکی به شما استفاده کنیم. ما ممکن است اطلاعات مربوط به شما را در اختیار پزشکان، پرستاران، تکنسین‌ها، دانشجویان مراقبت‌های بهداشتی، یا سایر پرسنلی که در مراقبت از شما نقش دارند، قرار دهیم. برای مثال، پزشکی که شما را برای پای شکسته درمان می‌کند، ممکن است نیاز داشته باشد که بداند آیا دیابت دارید، زیرا دیابت ممکن است روند بهبودی را کند کند. پزشک معالج شما برای یک بیماری روانی ممکن است نیاز داشته باشد که بداند در حال حاضر چه داروهایی مصرف می‌کنید، زیرا این داروها ممکن است بر داروهای دیگری که ممکن است برای شما تجویز شود تأثیر بگذارد.

3) برای پرداخت

ما ممکن است از اطلاعات شما استفاده کرده و آن را افشا کنیم تا درمان و خدماتی که دریافت می‌کنید صورت حساب دریافت شود و پرداخت از شما، یک شرکت بیمه یا شخص ثالث دریافت شود. برای مثال، ممکن است لازم باشد اطلاعاتی در مورد درمانی که دریافت کرده‌اید به طرح سلامتی شما بدهیم تا به ما پرداخت کند یا هزینه درمان را به شما بازپرداخت کند.

4) برای عملیات مراقبت های بهداشتی

ما ممکن است از اطلاعات مربوط به شما برای عملیات مراقبت های بهداشتی استفاده و افشا کنیم. این موارد استفاده و افشا برای راه اندازی مرکز ما و اطمینان از اینکه همه مصرف کنندگان ما مراقبت با کیفیت دریافت می کنند ضروری است. برای مثال، ممکن است از اطلاعات برای بررسی درمان و خدمات خود و ارزیابی عملکرد کارکنان خود در مراقبت از شما استفاده کنیم.

5) موارد استفاده و افشا

برخی موارد استفاده یا افشای اطلاعات سلامتی شما در حین ارائه خدمات به شما یا انجام تجارت خود رخ می دهد. برای مثال، افراد دیگری که در همان منطقه منتظر هستند ممکن است نام شما را بشنوند. ما تلاش های معقولی را برای محدود کردن این استفاده ها و افشاهای اتفاقی انجام خواهیم داد.

6) فعالیت های جمع آوری کمک های مالی

ما ممکن است از اطلاعات مربوط به شما برای اهداف جمع آوری کمک مالی استفاده کنیم، اما فقط با یک مجوز معتبر امضا شده از شما. علاوه بر این، ارتباطات جمع آوری کمک های مالی را دریافت نخواهید کرد یا بخشی از آن خواهید بود.

7) اعضای خانواده یا افراد دیگری که شما تعیین می کنید

اگر درخواستی برای اطلاعات توسط همسر، والدین، فرزند، یا خواهر و برادر شما انجام شود و شما نتوانید مجوز انتشار این اطلاعات را صادر کنید، ما موظفیم به شخص درخواست کننده اطلاعیه حضور شما در مرکزمان را بدهیم. مگر اینکه شما درخواست کنید که این اطلاعات ارائه نشود، ما باید تلاش های منطقی را انجام دهیم تا فقط در صورت درخواست یکی از اعضای خانواده، بستگان بعدی شما یا هر شخص دیگری را که توسط شما تعیین شده است، برای آزادی، انتقال، بیماری جدی، جراحی یا مرگ شما مطلع کنیم.

8) فهرست تاسیسات

ما ممکن است اطلاعات محدودی را در مورد شما در یک فهرست داخلی قرار دهیم، در حالی که شما یک مصرف کننده در مرکز ما هستید. این اطلاعات ممکن است شامل نام، محل اقامت شما در

بیمارستان، وضعیت عمومی شما (به عنوان مثال، خوب، منصفانه، و غیره) و وابستگی مذهبی شما باشد. مگر اینکه درخواست کتبی خاصی از جانب شما بر خلاف آن وجود داشته باشد، این اطلاعات دایرکتوری، به جز وابستگی مذهبی شما، ممکن است برای افرادی که نام شما را درخواست می کنند نیز منتشر شود. وابستگی مذهبی شما ممکن است به یکی از روحانیون، مانند یک کشیش یا خاخام، داده شود، حتی اگر آنها نام شما را نخواهند. این اطلاعات منتشر شده است تا خانواده، دوستان و روحانیون شما بتوانند با شما ملاقات کنند و به طور کلی از وضعیت شما مطلع شوند.

9) به افرادی که در مراقبت یا پرداخت هزینه مراقبت شما نقش دارند

ممکن است اطلاعات مربوط به شما را در اختیار یکی از دوستان یا اعضای خانواده قرار دهیم که توسط شما یا نماینده قانونی مجاز شما برای مشارکت در مراقبت های پزشکی شما تعیین شده است. ما همچنین ممکن است اطلاعاتی را به کسی بدهیم که به پرداخت هزینه مراقبت شما کمک می کند. بعلاوه، ممکن است اطلاعاتی درباره شما به سازمانی که در تلاش برای کمک رسانی در بلایای طبیعی کمک می کند فاش کنیم تا خانواده شما از وضعیت، وضعیت و موقعیت مکانی شما مطلع شوند.

10) تحقیق

تحت شرایط خاص، ما ممکن است از اطلاعات شما برای اهداف تحقیقاتی استفاده کرده و آن را افشا کنیم. به عنوان مثال، یک پروژه تحقیقاتی ممکن است شامل مقایسه سلامت و بهبودی همه مصرف کنندگانی باشد که یک دارو را با کسانی که داروی دیگری را دریافت کرده اند، برای همان بیماری دریافت کرده اند.

11) طبق قانون

زمانی که طبق قوانین فدرال، ایالتی یا محلی لازم باشد، اطلاعات مربوط به شما را فاش خواهیم کرد.

12) برای جلوگیری از یک تهدید جدی برای سلامت یا ایمنی

ما ممکن است در صورت لزوم از اطلاعات مربوط به شما استفاده و افشا کنیم تا از تهدید جدی برای سلامت و ایمنی شما یا سلامت و ایمنی مردم یا شخص دیگری جلوگیری کنیم.

13) تبادل اطلاعات سلامت

ما ممکن است اطلاعات سلامتی شما را به صورت الکترونیکی با سایر گروه‌ها از طریق شبکه تبادل اطلاعات سلامت به اشتراک بگذاریم. این گروه‌های دیگر ممکن است شامل بیمارستان‌ها، آزمایشگاه‌ها، پزشکان، بخش‌های بهداشت عمومی، طرح‌های بهداشتی و سایر شرکت‌کنندگان باشند. اشتراک‌گذاری داده‌ها به صورت الکترونیکی راهی سریع‌تر برای رساندن اطلاعات سلامتی شما به ارائه‌دهندگانی است که شما را درمان می‌کنند. برای مثال، اگر سفر می‌کنید و نیاز به درمان دارید، به سایر پزشکانی که شرکت می‌کنند اجازه می‌دهد به صورت الکترونیکی به اطلاعات شما دسترسی داشته باشند تا به مراقبت از شما کمک کنند. ما همچنین از قانون مراقبت مقرون به صرفه فدرال استفاده می‌کنیم و ممکن است از اطلاعاتی که مجاز است را برای دستیابی به اهداف ملی مرتبط با استفاده معنادار از سیستم‌های سلامت الکترونیکی، استفاده کرده و آنرا به اشتراک بگذاریم.

14) شرایط خاص

- i. اهدای عضو و بافت
ممکن است اطلاعاتی را در اختیار سازمان‌هایی قرار دهیم که به تهیه عضو یا پیوند اعضا، چشم یا بافت یا بانک اهدای عضو رسیدگی می‌کنند.
- ii. نظامی و سربازان سابق
اگر شما یکی از پرسنل نیروهای مسلح یا پرسنل نظامی خارجی هستید، ممکن است طبق درخواست مقامات فرماندهی نظامی اطلاعاتی درباره شما منتشر کنیم.
- iii. غرامت کارگر
ممکن است اطلاعاتی درباره شما برای غرامت کارگران یا برنامه‌های مشابه منتشر کنیم. این برنامه‌ها مزایایی را برای آسیب‌ها یا بیماری‌های ناشی از کار ارائه می‌دهند.
- iv. فعالیت‌های بهداشت عمومی
ما ممکن است اطلاعات مربوط به شما را برای فعالیت‌های بهداشت عمومی فاش کنیم. این فعالیت‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشد، اما محدود به آنها نیست:
 - برای پیشگیری یا کنترل بیماری، آسیب یا ناتوانی؛
 - برای گزارش تولد و مرگ؛

- گزارش در مورد سوء استفاده یا بی توجهی به کودکان، سالمندان و بزرگسالان وابسته.
- برای گزارش واکنش به داروها یا مشکلات مربوط به محصولات؛
- برای اطلاع مردم از فراخوان محصولات که ممکن است استفاده کنند؛
- اطلاع دادن به فردی که ممکن است در معرض بیماری قرار گرفته باشد یا در معرض خطر ابتلا یا انتشار یک بیماری یا شرایط باشد.
- اگر فکر می‌کنیم مصرف کننده ای قربانی سوء استفاده، بی توجهی یا خشونت خانگی شده است، به مقام دولتی مربوطه اطلاع دهیم. ما فقط در صورت موافقت شما یا زمانی که قانون لازم یا مجاز باشد این افشا را انجام خواهیم داد.
- برای اطلاع کارکنان واکنش اضطراری در مورد مواجهه شدن با HIV/AIDS، تا حدی که برای رعایت قوانین ایالتی و فدرال ضروری است.

v. فعالیت های نظارت بر سلامت

ما ممکن است اطلاعاتی را به یک سازمان نظارت بر سلامت برای فعالیت های مجاز توسط قانون فاش کنیم. این فعالیت های نظارتی ممکن است شامل ممیزی، تحقیقات، بازرسی و صدور مجوز باشد. این فعالیت ها برای نظارت دولت بر سیستم مراقبت های بهداشتی، برنامه های دولت و رعایت قوانین حقوق شهروندی ضروری است.

vi. دعاوی و اختلافات

اگر درگیر دعوی یا اختلافی هستید، ممکن است در پاسخ به حکم دادگاه یا اداری، اطلاعاتی درباره شما فاش کنیم. ما همچنین ممکن است در پاسخ به احضاریه، درخواست کشف یا سایر فرآیندهای قانونی توسط شخص دیگری که در منازعه دخیل است، اطلاعاتی را درباره شما فاش کنیم، اما تنها پس از اینکه تمام مراحل قانونی مورد نیاز، از جمله تلاش هایی که برای اطلاع به شما درباره درخواست (که ممکن است شامل اخطار کتبی به شما باشد) یا دریافت دستوری برای محافظت از اطلاعات درخواستی.

ما ممکن است اطلاعات مربوط به سلامت روانی/رفتاری را در جریان مراقبت و برخی اقدامات قضایی یا اداری به دادگاه ها، وکلا، و کارمندان دادگاه فاش کنیم.

vii. مجری قانون

در صورت درخواست یک مقام مجری قانون، ممکن است اطلاعاتی را منتشر کنیم:

- در پاسخ به حکم دادگاه، احضاریه، حکم، احضار یا فرآیند مشابه
- شناسایی یا یافتن مظنون، فراری، شاهد مادی، فراریان و برخی افراد مفقود شده
- در مورد قربانی جنایت در صورتی که تحت شرایط محدود خاصی نتوانیم موافقت شخص را بدست آوریم
- گزارش سوء استفاده، غفلت، یا تهاجم در صورت لزوم یا مجاز توسط قانون
- برای گزارش برخی تهدیدات به اشخاص ثالث
- اگر پلیس شما را به مرکز ما بیاورد و از ما بخواهد که خون شما را از نظر سوء مصرف الکل یا مواد آزمایش کنیم
- درباره مرگی که ما معتقدیم ممکن است نتیجه رفتار مجرمانه باشد
- درباره رفتار مجرمانه در مرکز ما
- در شرایط اضطراری گزارش جرم؛ محل جنایت یا قربانیان؛ یا هویت، توصیف یا محل شخصی که مرتکب جرم شده است
- در صورت درخواست افسری که حکمی را برای تسهیلات تسلیم می کند
- هنگامی که در زمان بستری غیر ارادی مصرف کننده در بیمارستان درخواست شود
- اگر در بازداشت پلیس هستید یا زندانی یک مؤسسه اصلاح و تربیت هستید و اطلاعات برای ارائه مراقبت های بهداشتی به شما، محافظت از سلامت و ایمنی خود، سلامت و ایمنی دیگران یا برای ایمنی و امنیت مؤسسه اصلاح و تربیت ضروری است.

viii. پزشکی قانونی، پزشکان و مدیران تشییع جنازه

ممکن است اطلاعاتی را در اختیار پزشک قانونی یا پزشکی قانونی قرار دهیم. این ممکن است برای مثال برای شناسایی فرد متوفی یا تعیین علت مرگ ضروری باشد. همچنین ممکن است در صورت لزوم اطلاعاتی در مورد مصرف کنندگان در اختیار مدیران تشییع جنازه قرار دهیم.

- .ix. امنیت ملی و فعالیت های اطلاعاتی
- ما ممکن است اطلاعات مربوط به شما را در اختیار مقامات مجاز فدرال برای اطلاعات، ضد جاسوسی و سایر فعالیت های امنیت ملی که طبق قانون مجاز هستند، منتشر کنیم.
- .x. خدمات حفاظتی برای رئیس جمهور و دیگران
- ما ممکن است اطلاعات مربوط به شما را در اختیار مقامات فدرال مجاز قرار دهیم تا بتوانند از رئیس جمهور، افسران قانون اساسی منتخب و خانواده های آنها یا سران کشورهای خارجی حمایت کنند یا تحقیقات ویژه ای را انجام دهند.
- .xi. گروه های مدافع
- ما ممکن است اطلاعات مربوط به سلامت روانی/رفتاری را در اختیار حقوق معلولان کالیفرنیا قرار دهیم تا تحقیقات خاصی طبق قانون مجاز باشد.
- .xii. وزارت (دپارتمان) دادگستری
- ما ممکن است اطلاعات محدودی را به وزارت دادگستری کالیفرنیا برای اهداف جابجایی و شناسایی در مورد مصرف کنندگان خاص درگیر در سیستم عدالت کیفری، یا در مورد افرادی که ممکن است اسلحه گرم یا مرگبار را خریداری، نگهداری یا کنترل نکنند، فاش کنیم.
- .xiii. تیم های پرسنلی چند رشته ای
- ما ممکن است اطلاعات مربوط به پیشگیری، شناسایی، مدیریت یا درمان کودک آزار دیده و والدین کودک، یا سوء استفاده از سالمندان یا بزرگسالان وابسته و بی توجهی را در اختیار یک تیم پرسنل چند رشته ای قرار دهیم.
- .xiv. دسته های ویژه اطلاعات
- در برخی شرایط، اطلاعات شما ممکن است مشمول محدودیت هایی باشد که ممکن است برخی استفاده ها یا افشاگری های شرح داده شده در این اعلامیه را محدود یا منع کند. برای مثال، محدودیت های خاصی برای استفاده یا افشای دسته بندی های خاصی از اطلاعات وجود دارد - به عنوان مثال، یادداشت های روان درمانی، آزمایش ژنتیک، آزمایش های HIV، یا درمان شرایط سلامت روان یا سوء مصرف الکل و مواد مخدر.

دولت برنامه‌های مزایای سلامت، مانند Medi-Cal، ممکن است افشای اطلاعات ذینفع را برای اهداف غیرمرتبط با برنامه محدود کند.

.xv کمیته قوانین مجلس سنا و مجلس

ما ممکن است اطلاعات شما را به منظور تحقیقات قانونی در اختیار کمیته قوانین مجلس سنا یا مجلس قرار دهیم.

.xvi وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده

ما ممکن است اطلاعات شما را به منظور بررسی یا تعیین انطباق خود با قانون حفظ حریم خصوصی HIPAA در اختیار وزیر وزارت (دپارتمان) بهداشت و خدمات انسانی قرار دهیم.

.xvii نکات روان درمانی

یادداشت‌های روان‌درمانی به معنای یادداشت‌هایی است که (در هر رسانه‌ای) توسط یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی که متخصص سلامت روان است و محتوای مکالمه را در طول یک جلسه مشاوره خصوصی یا یک جلسه مشاوره گروهی، مشترک یا خانواده ثبت یا تجزیه و تحلیل می‌کند و از بقیه جدا می‌شود، ثبت می‌شود. از پرونده پزشکی فرد

ما فقط می‌توانیم از یادداشت‌های روان‌درمانی شما با مجوز شما استفاده یا افشا کنیم، مگر در مواردی که قانون یا در شرایط زیر لازم باشد:

- برای استفاده توسط سازنده یادداشت‌ها
- در برنامه‌های آموزشی بهداشت روان تحت نظارت برای دانش آموزان، کارآموزان یا پزشکان
- توسط DDS برای دفاع از یک اقدام قانونی یا سایر اقداماتی که توسط فرد انجام شده است
- برای جلوگیری یا کاهش یک تهدید جدی و قریب الوقوع برای سلامت یا ایمنی یک فرد یا مردم
- برای نظارت بهداشتی مبتکر یادداشت‌های روان‌درمانی

- برای استفاده یا افشا به پزشکی قانونی یا پزشکی قانونی برای گزارش مرگ مصرف کننده
- برای استفاده یا افشا به دبیر وزارت بهداشت و خدمات انسانی به منظور بررسی یا تعیین انطباق DDS با قانون حفظ حریم خصوصی HIPAA.

حقوق شما در رابطه با اطلاعات بهداشتی پزشکی، روانی/رفتاری شما

شما حقوق زیر را در رابطه با اطلاعاتی که در مورد شما نگهداری می کنیم، دارید:

(1) حق بازرسی و کپی

در صورت درخواست شما ممکن است با ارائه کپی یا دسترسی برای بازرسی اطلاعات را فاش کنیم. چنین افشایی به شخص ثالث، بنا به درخواست شما، ممکن است به مجوز کتبی شما نیاز داشته باشد.

(2) حق اصلاح

اگر فکر می کنید که اطلاعاتی که در مورد شما داریم نادرست یا ناقص است، می توانید از ما بخواهید که اطلاعات را اصلاح کنیم. شما حق دارید تا زمانی که اطلاعات نزد ما نگهداری می شود، درخواست اصلاح کنید. برای درخواست اصلاح، درخواست شما باید به صورت کتبی انجام شود و به مرکز نگهداری سوابق ارسال شود. علاوه بر این، ممکن است دلیلی ارائه کنید که از درخواست شما پشتیبانی کند.

ما ممکن است درخواست شما برای اصلاح را رد کنیم اگر کتبی نباشد یا دلیلی برای حمایت از درخواست نداشته باشد. علاوه بر این، اگر از ما بخواهید اطلاعاتی را اصلاح کنیم که:

- توسط ما ایجاد نشده است، مگر اینکه شخص یا نهادی که اطلاعات را ایجاد کرده است دیگر برای اصلاح در دسترس نباشد.
- بخشی از اطلاعاتی نیست که توسط یا برای ما نگهداری می شود.
- بخشی از اطلاعاتی نیست که شما مجاز به بررسی و کپی آن هستید. یا
- دقیق و کامل است.

حتی اگر ما درخواست شما را برای اصلاح رد کنیم، شما حق دارید یک ضمیمه کتبی، که از 250 کلمه تجاوز نمی کند، با توجه به هر مورد یا عبارتی در سابقه خود که فکر می کنید ناقص یا نادرست است، ارسال کنید. اگر به وضوح به صورت کتبی اعلام کنید که می خواهید ضمیمه بخشی از پرونده سلامت شما باشد، آن را به سوابق شما پیوست می کنیم و هر زمان که مورد یا بیانیه ای را که فکر می کنید ناقص یا نادرست است افشا کنیم، آن را درج می کنیم.

(3) حق حسابداری افشاها

شما حق دارید درخواست «حسابداری افشاها» کنید. این فهرستی از افشای اطلاعاتی است که ما از اطلاعات مربوط به شما به غیر از کاربردهای خودمان برای درمان، پرداخت و عملیات مراقبت های بهداشتی (همانطور که این عملکردها در بالا توضیح داده شده است) و با سایر استثنائات قانونی ارائه می کنیم.

برای درخواست این لیست یا حسابداری افشاها، باید درخواست خود را به صورت کتبی به مرکز یا تأسیساتی که در آن اقامت داشتید ارسال کنید. در درخواست شما باید یک دوره زمانی ذکر شود که ممکن است بیش از شش سال نباشد و تاریخ های قبل از 14 آوریل 2003 را شامل نشود. درخواست شما باید نشان دهد که به چه شکل لیست را می خواهید (مثلاً روی کاغذ یا الکترونیکی). اولین لیستی که در یک دوره 12 ماهه درخواست می کنید رایگان خواهد بود. برای لیست های اضافی، ممکن است هزینه های ارائه لیست را از شما دریافت کنیم. ما هزینه های مربوطه را به شما اطلاع خواهیم داد و می توانید قبل از انجام هرگونه هزینه، درخواست خود را در آن زمان پس بگیرید یا تغییر دهید. علاوه بر این، در پی نقض اطلاعات بهداشتی محافظت شده ناامن شما، طبق قانون به شما اطلاع خواهیم داد.

(4) حق درخواست محدودیت

شما حق دارید محدودیت یا محدودیتی در مورد اطلاعاتی که ما در مورد شما برای درمان، پرداخت یا عملیات مراقبت بهداشتی استفاده می کنیم یا افشا می کنیم، درخواست کنید. شما همچنین حق دارید محدودیتی در مورد اطلاعاتی که در مورد شما فاش می کنیم برای شخصی که در مراقبت از شما یا پرداخت هزینه مراقبت شما نقش دارد، مانند یکی از اعضای خانواده یا دوست، درخواست کنید. به عنوان مثال، می توانید بخواهید که از جراحی ای که انجام داده اید استفاده نکنیم یا اطلاعاتی را در مورد آن فاش نکنیم.

ما ملزم به موافقت با درخواست شما نیستیم، مگر در حدی که از ما بخواهید برای پرداخت یا مراقبت های بهداشتی، افشای اطلاعات را به یک طرح بهداشتی یا بیمه گر محدود کنیم. اگر شما یا شخص دیگری از طرف شما (غیر از طرح سلامت یا بیمه گر)، هزینه کالا یا خدمات را به طور کامل برای روشی که به طور معمول به یک طرح سلامت پرداخت می شود، از جیب خود پرداخت کرده باشید. حتی اگر شما این محدودیت ویژه را درخواست کنید، ما می توانیم اطلاعات را در اختیار یک طرح بهداشتی یا بیمه گر قرار دهیم تا بتواند شما را درمان کند.

اگر با محدودیت ویژه دیگری موافقت کنیم، با درخواست شما موافقت خواهیم کرد، مگر اینکه اطلاعات لازم برای ارائه درمان اضطراری شما باشد.

برای درخواست محدودیت، باید درخواست خود را به صورت کتبی به موسسه ای که در آن سرویس یا خدمات ارائه شده است ارسال کنید. در درخواست خود، باید به ما بگویید (1) چه اطلاعاتی را می خواهید محدود کنید. (2) آیا می خواهید استفاده، افشا یا هر دو را محدود کنید. و (3) برای کسانی که می خواهید این محدودیت ها اعمال شود، به عنوان مثال، افشای اطلاعات برای همسران.

5) حق درخواست ارتباطات محرمانه از DDS به شما

شما حق دارید درخواست کنید که ما در مورد مسائل بهداشتی به روشی خاص یا در یک مکان خاص با شما ارتباط برقرار کنیم. به عنوان مثال، می توانید بخواهید که ما فقط در محل اقامت شما یا از طریق پست با شما تماس بگیریم.

برای درخواست ارتباطات محرمانه، باید درخواست خود را به صورت کتبی به تأسیساتی که در آن سرویس یا خدمات ارائه شده، یا قرار است ارائه شود، ارسال کنید. ما از شما دلیل درخواست شما را نخواهیم پرسید. ما به تمام درخواست های منطقی پاسخ خواهیم داد. در درخواست شما باید نحوه و مکان تماس با شما مشخص شود.

6) حق داشتن یک نسخه کاغذی از این اطلاعیه

شما حق دریافت یک نسخه کاغذی از این اطلاعیه را دارید. شما می توانید از ما بخواهید که در هر زمان یک نسخه از این اعلامیه را به شما ارائه دهیم. حتی اگر با دریافت الکترونیکی این اخطار موافقت کرده باشید، باز هم حق دریافت نسخه کاغذی را دارید.

می توانید یک کپی از این اعلامیه را در وب سایت ما دریافت کنید: www.dds.ca.gov یا از موسسه ای که در آن خدمات دریافت می کنید بخواهید یک نسخه کاغذی دریافت کند.

توجه داشته باشید که ممکن است بخواهیم هر درخواستی که توسط شما در این بخش ارائه می‌شود حاوی بیانیهای باشد مبنی بر اینکه افشای تمام یا بخشی از اطلاعات مربوط به درخواست می‌تواند شما را به خطر بیندازد.

7 تغییرات در این اطلاعیه

ما حق تغییر این اطلاعیه را برای خود محفوظ می‌داریم. ما این حق را برای خود محفوظ می‌داریم که اخطار اصلاح شده یا تغییر یافته را برای اطلاعاتی که قبلاً در مورد شما داریم و همچنین هر اطلاعاتی که در آینده دریافت می‌کنیم، مؤثر کنیم. ما یک کپی از اعلامیه فعلی را در مرکز ارسال خواهیم کرد. این اطلاعیه حاوی تاریخ لازم الاجرا در صفحه اول خواهد بود.

8 شکایات

اگر فکر می‌کنید حقوق حریم خصوصی شما نقض شده است، می‌توانید با ما یا وزیر وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده شکایت کنید. برای ثبت شکایت با ما، با مدیر ارشد حریم خصوصی به نشانی privacyofficer@dds.ca.gov، یا (916) 654-3405 تماس بگیرید. تمام شکایات باید به صورت کتبی ارائه شود. شما برای طرح شکایت جریمه یا تلافی نخواهید شد.

سایر موارد استفاده از اطلاعات پزشکی و سلامت روانی/رفتاری

سایر استفاده‌ها و افشای اطلاعاتی که مشمول این اخطار قوانین مربوط به ما نمی‌شود، تنها با اجازه کتبی شما انجام می‌شود. اگر به ما اجازه استفاده یا افشای اطلاعات خود را بدهید، می‌توانید هر زمان که بخواهید این مجوز را به صورت کتبی لغو کنید. اگر اجازه خود را لغو کنید، این کار هرگونه استفاده یا افشای اطلاعات شما را برای اهداف تحت پوشش مجوز کتبی شما متوقف خواهد کرد، مگر اینکه قبلاً بر اساس اجازه شما عمل کرده باشیم. شما می‌دانید که ما نمی‌توانیم هرگونه افشاگری را که قبلاً با اجازه شما انجام داده‌ایم پس بگیریم، و از ما خواسته می‌شود که سوابق خود را از مراقبت‌هایی که به شما ارائه کرده‌ایم حفظ کنیم.



تصدیق دریافت اطلاعات

نام مصرف کننده: _____

با امضای این فرم، موافقت می کنید که یک نسخه از اطلاعات اقدامات حفظ حریم خصوصی وزارت خدمات توسعه (DDS) را دریافت کرده اید. اعلامیه اقدامات حفظ حریم خصوصی ما به شما می گوید که چگونه می توانیم از اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما استفاده و افشا کنیم. از شما می خواهیم که همه آن را بخوانید.

من، _____ یک کپی از اعلامیه اقدامات حفظ حریم خصوصی DDS دریافت کردم.

چاپ نام

تاریخ: _____ زمان: _____ صبح/ظهر امضا: _____

مصرف کننده یا نماینده قانونی

اگر توسط شخصی غیر از مصرف کننده امضا شده است، رابطه را نشان دهید: _____
می باشد

Office Use Only
(فقط استفاده از دفتر):



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.