

Известие на DSHS за практиките за поверителност на здравната информация на клиента

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information В сила от 23 септември 2013 г.

DSHS трябва да ви уведоми за вашите права за поверителност свързани със Закона за преносимостта и отчетността на здравната информация (HIPAA). (45 CFR 164.520). DSHS е "хибридна единица." Не всички програми на DSHS са обхванати от HIPAA, а само програмите, изброени като [Компоненти на здравеопазването на уебсайта на DSHS](#) са обхванати от HIPAA. Това известие важи само за клиентите, обслужвани от тези обхванати програми. Това известие не засяга правото ви за допустимост до услугите на DSHS.

Това известие описва как медицинската информация свързана с вас може да бъде използвана и оповестена и как можете да получите тази информация. Моля, внимателно го прегледайте.

Какво е ЗЗИ?

Защитената здравна информация - ЗЗИ (Protected Health Information - PHI) е клиентска медицинска информация, съхранявана от части от DSHS, обхванати от HIPAA. ЗЗИ е медицинска информация, свързана с вас за здравословния ви статут или състояние, здравните грижи, които получавате или плащания на здравни грижи. DSHS трябва да защити вашата ЗЗИ по закон.

Каква ЗЗИ има DSHS свързана с мен?

За да ни помогнете да ви обслужваме, може да се наложи да ни предоставите медицинска или здравна информация, включително вашето местонахождение, финансова информация или медицинска документация. Също така можем да получим ЗЗИ за вас от други източници, необходими за да ви обслужваме или да платим за вашата грижа.

Кой вижда моята ЗЗИ?

Ние виждаме само най-необходимата ЗЗИ, от която се нуждаем, за да свършим нашата работа. Ние можем да споделим ЗЗИ с други програми или лица, ако това е разрешено от закона или от вас. Например, вашата ЗЗИ може да бъде предоставена и използвана от Орган за здравеопазване и други доставчици на здравни услуги, за да се координират и да платят за вашите здравни грижи. Можем да споделяме минала, настояща или бъдеща ЗЗИ.

Каква ЗЗИ споделя DSHS?

Споделяме само вашата ЗЗИ, от която другите имат нужда, за да изпълняват тяхната работа и както е разрешено от закона. Можете да поискате списък с лицата, които са видели вашата ЗЗИ с каквато и да била цел.

Кога DSHS споделя ЗЗИ?

Споделяме ЗЗИ на база "необходимост от опознаване" за координиране на услугите и за лечение, плащане и операции свързани със здравните грижи. Например, можем да споделим информация, за да решим дали:

- Трябва да се осигури медицинско лечение.
- Можем да плащаме за услуги от доставчиците на здравни услуги.
- Вие имате право на допустимост до програми на DSHS.
- Грижата, която получавате от доставчиците, отговаря на правните стандарти.

Мога ли да видя моята ЗЗИ?

Вие можете да видите своята ЗЗИ. Ако попитате, ще получите копие от вашата ЗЗИ. DSHS може да ви таксува за копия.

Мога ли да променя моята ЗЗИ?

Ако смятате, че вашата ЗЗИ е грешна, можете да ни помолите да променим или добавим нова ЗЗИ. Можете също така да поискате да изпратим промените на други, които имат копия на вашата ЗЗИ.

Какво ще стане, ако някой друг се нуждае от моята ЗЗИ?

Може да бъдете помолени да подпишете формуляр с който да ни разрешите да споделим вашата ЗЗИ, ако:

- Ние се нуждаем от вашето разрешение да предоставим услуги или грижи;
- Искате да изпратим вашата ЗЗИ на друга агенция или доставчик по причини, които не са позволени от закона без вашето разрешение;
- Искате ЗЗИ да бъде изпратена до някой друг, като например вашия адвокат, роднина или друг представител.

Вашето разрешение за споделяне на вашата ЗЗИ е актуално до крайната дата, която сте въвели във формуляра. Можем да споделим само ЗЗИ, която сте избрали. Можете да отмените или промените това разрешение, като напишете на DSHS

Известие на DSHS за практиките за поверителност на здравната информация на клиента
В сила от 23 септември 2013 г.

Може ли DSHS да споделя моята ЗЗИ без мое разрешение?

DSHS може да споделя ЗЗИ без ваше разрешение в някои случаи. Съгласно закона може да бъдем задължени или да ни бъде позволено да споделим вашата ЗЗИ. Някои примери включват необходимостта от:

- Подаване на сигнал за случаи на злоупотреба или малтретиране на деца или възрастни на службите за закрила на детето, полицията или други агенции.
- Предоставяне на записи по съдебно разпореждане.
- Да предоставим ЗЗИ на други агенции, които преглеждат операциите на DSHS.
- Споделяне на ЗЗИ с агенции, които лицензират и инспектират медицински заведения, като домове за възрастни и болници.
- Споделяне на ЗЗИ с доставчици на услуги или други агенции, които да положат грижи за вас или ако е необходимо да се определи дали имате право на услуги или ползи.
- Предоставяне на ЗЗИ на попечители или родители на непълнолетни.
- Използване на ЗЗИ за проучване.
- Използване или разкриване на ЗЗИ при спешен случай или при бедствия.

Мога ли да поставя ограничения за споделяне на моята ЗЗИ и как мога да го направя?

Можете да ни помолите да ограничим използването и споделянето на ЗЗИ, но не е задължително ние да се съгласим. Можете също да поискате да изпратим вашата ЗЗИ на вас в различен формат или на друго място.

Какво е нарушение?

Нарушение е използването или разкриването на вашата ЗЗИ, което не е разрешено по HIPAA, включително загуба чрез кражба, грешка или хакерство. Ние ще ви уведомим по пощата, ако има нарушение на вашата ЗЗИ съгласно HIPAA.

Мога ли да получа копие от това известие?

Да. Това известие е за вас. Ако получите това известие по електронен път, можете да поискате хартиено копие и ние ще ви го предоставим.

Какво ще стане, ако се променят практиките за поверителност на ЗЗИ?

Ние сме задължени да се съобразим с това известие. Имаме право да променим това известие. Ако законите или нашите практики за поверителност се променят, ще ви изпратим информация за новото известие и къде можете да го намерите или да ви го изпратим.

Към кого да се обърна, ако имам въпроси относно това известие или моите права свързани със ЗЗИ?

Ако имате някакви въпроси относно това известие, можете да се обърнете към служителя на DSHS за защита на личните данни на DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov или (360) 902-8278.

Как мога да подам сигнал за нарушение на правата ми за поверителност на ЗЗИ?

Ако смятате, че правата ви за поверителност на ЗЗИ са били нарушени, можете да подадете жалба до:

DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45115, Olympia WA 98504-5115 или чрез е-мейл на: DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov. Ако подадете жалба, DSHS няма да промени или спре вашите услуги и няма да приложи репресии срещу вас.

ИЛИ

Изпратете жалбата си онлайн на адрес: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf или писмено до: Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, тел. (800) 368-1019. Всякакви жалби до DSHS трябва да бъдат подадени в рамките на 180 дни от предявеното нарушение на поверителността.



DSHS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR CONFIDENTIAL INFORMATION

В сила от 23 септември 2013 г.

Потвърждение
Acknowledgement

(Необходимо, когато DSHS предоставя пряко здравно лечение)

ИМЕ НА КЛИЕНТА:	ДАТА НА РАЖДАНЕ НА КЛИЕНТА:
-----------------	-----------------------------

Получих копие от Декларацията за поверителност на DSHS и имах възможност да задам въпроси за това как DSHS ще използва и споделя моята лична здравна информация.

ПОДПИС НА КЛИЕНТА ИЛИ ЛИЧНИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛ:	ДАТА:
--	-------

FOR DSHS USE ONLY

To be completed if unable to obtain signature of client or personal representative.

Describe efforts made to have the client acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices (NPP):

Describe reason why acknowledgement was not obtained:

STAFF MEMBER'S NAME AND TITLE (PLEASE PRINT)	ADMINISTRATION/DIVISION
--	-------------------------

STAFF'S SIGNATURE	DATE
-------------------	------