

اعلان شیوه‌های حفظ حریم خصوصی DSHS برای اطلاعات پزشکی بالینی

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information تاریخ اجراء: 23 سپتامبر 2013

DSHS باید حقوق مربوط به حریم خصوصی ذیل قانون قابلیت انتقال و مسئولیت اطلاعات سلامت (HIPAA) شما را به اطلاع شما برساند. 45 CFR 164.520. DSHS یک «نهاده مرکب» است. تمام DSHS تحت پوشش HIPAA قرار ندارد، بلکه تنها برنامه‌های فهرست‌شده به عنوان [اجزای مراقبت درمانی در وبسایت DSHS](#) تحت پوشش HIPAA هستند. این اعلانیه صرفاً در مورد مشتریانی که برنامه‌های تحت پوشش مذکور به آنها خدمات‌رسانی می‌کنند، مصداق دارد. این اعلانیه تأثیری بر حائز شرایط بودن شما برای دریافت DSHS ندارد.

این اعلانیه نحوه استفاده و افشای از اطلاعات پزشکی شما و نحوه دریافت آن را توسط شما شرح می‌دهد. لطفاً آنرا با دقت مرور کنید.

PHI چیست؟

اطلاعات سلامت محافظت‌شده (PHI) اطلاعات پزشکی مشتری است که توسط بخش‌هایی از DSHS تحت پوشش HIPAA نگهداری می‌شود. PHI عبارتست از اطلاعات پزشکی مرتبط با وضعیت یا شرایط سلامت شما، مراقبت درمانی دریافتی‌تان، یا پرداخت‌های مربوط به مراقبت درمانی شما. DSHS براساس قانون از PHI شما محافظت نماید.

DSHS چه PHI در مورد من در اختیار دارد؟

برای کمک به ما در جهت خدمات‌رسانی بهتر به شما، ممکن است لازم باشد اطلاعات درمانی یا پزشکی خود، منجمله اطلاعات مکانی، مالی یا سوابق پزشکی‌تان را به ما ارائه نمایید. همچنین ممکن است جهت خدمات‌رسانی به شما یا پرداخت هزینه‌های مراقبت شما، PHI شما را از منابع دیگری تهیه نماییم.

چه کسی PHI من را می‌بیند؟

ما صرفاً کمترین مقدار PHI را که برای انجام کارهایمان احتیاج داریم، مشاهده می‌کنیم. چنانچه قانون مجاز بداند، یا شما اجازه دهید، ممکن است PHI را با سایر برنامه‌ها یا افراد به اشتراک بگذاریم. به عنوان مثال، PHI شما ممکن است به مرجع مراقبت درمانی یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت درمانی داده شده یا توسط آن برای انجام هماهنگی یا پرداخت هزینه مراقبت درمانی استفاده شود. ممکن است PHI قدیمی، فعلی یا آتی شما را در اختیار اشخاص ثالث قرار دهیم.

DSHS چه PHI را به اشتراک می‌گذارد؟

ما صرفاً PHI شما را که دیگران برای انجام کار خود به آن احتیاج دارند و تا حدی که قانون اجازه آن را می‌دهد، به اشتراک می‌گذاریم. می‌توانید فهرست کسانی که PHI شما را به قصد انجام کاری مشاهده کرده‌اند، درخواست نمایید.

DSHS چه زمانی PHI را به اشتراک می‌گذارد؟

ما PHI را «در حد نیاز» برای ادامه خدمات‌رسانی و درمان، پرداخت، و عملیات مراقبت درمانی به اشتراک می‌گذاریم. به عنوان مثال، در موارد زیر اطلاعات را به اشتراک می‌گذاریم:

- ارائه درمان پزشکی.
- پرداخت هزینه‌های خدمات از سوی ارائه‌دهندگان مراقب درمانی.
- زمانیکه شما حائز شرایط برنامه‌های DSHS هستید.
- مراقبتی که از ارائه‌دهندگان دریافت می‌کنید حائز استانداردهای قانونی است.

آیا می‌توانم PHI خود را مشاهده کنم؟

شما اجازه مشاهده PHI خود را دارا می‌باشید. در صورت درخواست، نسخه‌ای از PHI خود را دریافت خواهید کرد. DSHS ممکن است بابت این نسخه‌ها از شما مبلغی اخذ کند.

آیا می‌توانم PHI خود را تغییر دهم؟

در صورتیکه فکر می‌کنید PHI شما اشتباه است، می‌توانید از ما بخواهید آنرا تغییر داده یا یک PHI جدید اضافه کنیم. همچنین می‌توانید درخواست کنید، هرگونه تغییر در آن را برای اشخاصی که نسخه‌های PHI شما را در اختیار دارند، ارسال کنیم.

اگر شخص دیگری نیز PHI من را نیاز داشته باشد، چطور؟

در موارد زیر، ممکن است از شما خواسته شود فرمی را امضاء کرده و به ما اجازه دهید PHI شما را به اشتراک بگذاریم:

- زمانیکه برای ارائه خدمات یا مراقبت، به اجازه شما نیاز داریم؛
 - زمانیکه از ما بخواهید PHI شما را برای یک آژانس یا ارائه‌دهنده دیگر برای مواردی که از سوی قانون انجام آن بدون اجازه شما ممکن نیست، ارسال کنیم.
 - زمانیکه می‌خواهید PHI به شخص دیگری، مانند وکیل، یکی از بستگان شما یا یک نماینده دیگر ارسال شود.
- اجازه شما برای اشتراک‌گذاری PHI شما تا تاریخ پایان که بر روی فرم درج می‌کنید، معتبر است. ما تنها PHI را که شما فهرست می‌کنید، با دیگران به اشتراک می‌گذاریم. با ارسال نامه به DSHS، می‌توانید این مجوز را لغو یا تغییر دهید.

DSHS می‌تواند در برخی موارد، PHI را بدون اجازه شما با دیگران به اشتراک بگذارد. بر اساس قانون، ممکن است از ما درخواست شود یا اجازه داده شود PHI شما را به اشتراک بگذاریم. برخی موارد:

- نیاز به گزارش وقوع سوءاستفاده از کودکان یا بزرگسالان یا قصور و اهمال نسبت به خدمات محافظتی کودکان، پلیس یا آژانس‌های دیگر.
- نیاز به ارائه سوابق بر اساس حکم دادگاه.
- نیاز به ارائه PHI به سایر آژانس‌هایی که عملیات DSHS را بازبینی می‌کنند.
- نیاز به اشتراک‌گذاری PHI با آژانس‌هایی که به اماکن درمانی، مانند خانه‌های سالمندان یا بیمارستان‌ها، مجوز می‌دهند یا آنها را مورد بازرسی قرار می‌دهند.
- نیاز به اشتراک‌گذاری PHI با ارائه‌دهندگان خدمات یا سایر آژانس‌ها برای مراقبت از شما یا در صورت نیاز برای تعیین حائز شرایط بودن شما برای دریافت خدمات یا کمک‌هزینه‌ها.
- نیاز به دادن PHI به سرپرستان یا والدین کودکان.
- نیاز به استفاده از PHI برای تحقیقات.
- نیاز به استفاده یا افشای PHI در موارد اورژانسی یا برای اهداف امداد رسانی در حوادث.

شما می‌توانید درخواست کنید استفاده و اشتراک‌گذاری PHI شما محدود شود ولی ما الزامی برای پذیرش درخواست شما نداریم. همچنین می‌توانید درخواست کنید PHI شما را در یک فرمت دیگر یا به یک مکان دیگری ارسال کنیم.

مورد نقض عبارتست از استفاده یا افشای PHI شما به صورتی که بر اساس HIPAA اجازه آن داده نشده باشد، مانند سرقت، اشتباه یا هک کردن. چنانچه مورد نقض PHI شما بر اساس HIPAA رخ دهد، به شما اطلاع خواهیم داد.

بله. این اعلانیه متعلق به شما است. چنانچه این اعلانیه را به صورت الکترونیکی دریافت کرده‌اید، می‌توانید از ما بخواهید یک نسخه چاپی آنرا برای شما ارسال کنیم.

ما ملزم به رعایت این اعلانیه هستیم. ما حق تغییر این اعلانیه را داریم. چنانچه قوانین و شیوه‌های حفظ حریم خصوصی تغییر کنند، ما اطلاعات مربوط به اعلانیه جدید و محل آن و یا خود آن را برای شما ارسال خواهیم نمود.

چنانچه سؤالی در مورد این اعلانیه دارید، می‌توانید با DSHS Privacy Officer از طریق وبسایت DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov یا شماره (360) 902-8278 تماس بگیرید.

چنانچه فکر می‌کنید حقوق حریم خصوصی PHI شما نقض شده‌اند، می‌توانید یک شکایت به این آدرس ارسال کنید:

DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45135,
Olympia WA 98504-5135

یا ایمیلی به این آدرس ارسال کنید: DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov. چنانچه یک شکایت تسلیم کردید، DSHS خدمات شما را تغییر یا متوقف نخواهد نمود و نباید بر علیه شما اقدام تلافی‌جویانه انجام دهد.

یا

شکایت خود را می‌توانید به صورت آنلاین، ارائه دهید:

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf یا به صورت کتبی ارسال کنید به:

Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200
Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201

شماره تلفن: (800) 368-1019. هرگونه شکایت ارائه‌شده به DHHS باید ظرف 180 روز از نقض حریم خصوصی موردادعا ارائه شود.

تأییدیه

Acknowledgement

(هنگامیکه DSHS مراقبت درمانی مستقیم ارائه می‌نماید، موردنیاز است)

نام مشتری	تاریخ تولد مشتری
من نسخه‌ای از اعلانیه حریم خصوصی DSHS را دریافت کرده‌ام، و فرصت پرسیدن سوال در مورد نحوه استفاده و اشتراک‌گذاری اطلاعات پزشکی شخصی خود توسط DSHS را داشته‌ام.	
امضاء مشتری یا نماینده شخصی	تاریخ
FOR DSHS USE ONLY (صرفاً برای استفاده DSHS)	
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