

 <b>Pacific Clinics</b>	<b>ՏԵՂԵԿԱՏՎԱԿԱՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ԵՎ ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹ ՅՈՒՆ</b>	<b>Կորպորատիվ գաղտնիության գրասենյակ</b> 499 Loma Alta Avenue Los Gatos, CA 95030 Չեռախոս (408) 379-3790 Էլիաստ՝ <a href="mailto:privacyofficer@pacificclinics.org">privacyofficer@pacificclinics.org</a> Վեբկայք՝ <a href="http://www.pacificclinics.org">www.pacificclinics.org</a>
--	---	---

Սույն ծանուցման մեջ նկարագրված է, թե ինչպես է օգտագործվում և բացահայտվում ձեր առողջությանը վերաբերող տեղեկությունը և թե ինչպես դուք կարող եք ստանալ այդ տեղեկությունը:

**ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅԱՄԲ ԸՆԹԵՐՑԵՔ ՍՈՒՅՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄԸ**

«Pacific Clinics»-ը («Գործակալություն») պարտավորվում է պահպանել հաճախորդի գաղտնիությունը: Մենք ընդունում ենք ձեր իրավունքը՝ պահանջելու բացատրություն այն մասին, թե ինչպես ենք մենք օգտագործում և բացահայտում ձեր առողջությանը վերաբերող պաշտպանված տեղեկությունը («PHI») բուժման, վճարման և առողջապահական գործառնությունների նպատակով: Սույն «Տեղեկատվական ծանուցմամբ և գաղտնիության քաղաքականությամբ» («ծանուցում») մենք ձեզ տեղեկացնում ենք ձեր իրավունքների և ձեր PHI-ին վերաբերող մեր իրավական պարտավորությունների մասին:

**ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ**

Երբ հարցը վերաբերում է ձեր PHI-ին, դուք ունեք որոշակի իրավունքներ: Ձեզ օգնելու համար սույն բաժնում բացատրված են այդ իրավունքները, ինչպես նաև մեր որոշ պարտավորություններ:

**Ստուգել ձեր PHI-ը և ստանալ դրա օրինակները**

- Բացառությամբ որոշ դեպքերի (օրինակ՝ հոգեթերապիայի մասին գրանցումները), դուք ունեք իրավունք ստուգելու ձեր բուժմանը վերաբերող մեզ մոտ գտնվող PHI-ը և ստանալ դրա օրինակները:
- Ձեր արձանագրությունները ստուգելու կամ դրանց օրինակները ստանալու համար մենք պետք է ստանանք գրավոր հարցում ձեր կողմից:
  - Նշում. մենք սովորաբար տրամադրում ենք ձեր PHI-ի օրինակը կամ ամփոփագիրը ձեր հարցումն ստանալուց հետո 30 օրվա ընթացքում և կարող ենք ձեզնից գանձել որոշամիտ, ծախսերով հիմնավորված վճար:
- Մենք պարտավոր չենք համաձայնել ձեր հարցմանը: Եթե մերժենք ձեր հարցումը, կտեղեկացնենք ձեզ այդ մասին գրավոր կերպով և կտրամադրենք բացատրություն:

**Ուղղումներ մտցնել ձեր PHI-ի մեջ**

- Դուք ունեք ձեր PHI-ի մեջ ուղղումներ մտցնելու իրավունք, եթե տեսնում եք, որ ձեր առողջությանը վերաբերող արձանագրության մեջ պարունակվող տեղեկությունը ճշգրիտ չէ: Նման ուղղումներ մտցնելու հարցումը հարկավոր է ուղարկել գրավոր կերպով և նշել ուղղումների մտցնելու անհրաժեշտության պատճառները:
- Մենք պարտավոր չենք համաձայնել ձեր հարցմանը: Եթե մերժենք ձեր հարցումը, կտեղեկացնենք ձեզ այդ մասին գրավոր կերպով և կտրամադրենք բացատրություն:

**Պահանջել ձեր PHI-ի որոշակի օգտագործման և բացահայտման սահմանափակումներ**

- Դուք ունեք ձեր PHI-ի օգտագործման և բացահայտման սահմանափակումներ պահանջելու իրավունք, որը
  - Տրամադրվել է բուժման, վճարման և առողջապահական գործառնությունների նպատակով,
  - Տրամադրվել է այն անձին, որը մասնակցում է ձեր խնամքին կամ ձեր բուժսպասարկման վճարմանը,
  - Տրամադրվել է ընկերներին և ընտանիքին՝ կապված ձեր գտնվելու վայրի կամ վիճակի հետ, իսկ աղետի դեպքում՝ աջակցություն ցուցաբերող կազմակերպությանը,
- Մենք պարտավոր չենք համաձայնել ձեր հարցմանը: Եթե մերժենք ձեր հարցումը, կտեղեկացնենք ձեզ այդ մասին գրավոր կերպով և կտրամադրենք բացատրություն:

**Պահանջել սահմանափակումներ, երբ վճարն ամբողջությամբ կատարում եք ձեր գրպանից Յետ կանչել թույլտվությունը**

- Դուք ունեք բժշկական ապահովագրության ծրագրին վճարման կամ առողջապահական գործառնությունների նպատակով ձեր PHI-ի բացահայտման սահմանափակում պահանջելու (գրավոր) իրավունք, եթե դուք կամ որևէ մեկն իր գրպանից ամբողջությամբ վճարել է բուժսպասարկման սարքավորման կամ ծառայության համար:
- Դուք ունեք ձեր PHI-ի օգտագործման և բացահայտման թույլտվությունը հետ կանչելու իրավունք:
  - Նշում. թույլտվության հետկանչման ձեր հարցումը պետք է լինի գրավոր:
- Այդուհանդերձ, այդ հետկանչումը չի տարածվի դրա ստացումից առաջ կատարված օգտագործման ու բացահայտման վրա:

**Ստանալ ձեր PHI-ի բացահայտման մասին հաշվետվություն**

- Դուք ունեք իրավունք պահանջելու հաշվետվություն այն մասին, թե քանի անգամ ենք մենք կիսվել ձեր PHI-ով: Հարցումը տարածվում է հարցման ժամկետից սկսած ընդհուպ մինչև վեց (6) տարվա վաղեմություն ունեցող տեղեկության վրա:
  - Նշում. սույն հաշվետվության մեջ չեն մտնում բուժմանը, վճարումներին կամ առողջապահական գործառնություններին վերաբերող տեղեկության բացահայտումը, ձեզ կամ ձեր համաձայնության կամ թույլտվության հիման վրա ձեր խնամքին մասնակցող անձանց բացահայտված տեղեկությունը կամ Գաղտնիության կանոնների շրջանակներում թույլատրվող բացահայտումները:
- Մենք ձեզ կտրամադրենք մեկ անվճար օրինակ տարեկան կտրվածքով: 12 ամսվա ընթացքում լրացուցիչ հարցումների համար կարող ենք ձեզնից գանձել ողջամիտ, ծախսերով հիմնվորված վճար:

**Գաղտնի / այլընտրանքային հաղորդակցության իրավունք**

- Դուք ունեք իրավունք պահանջելու, որ մենք ձեզ հետ հաղորդակցվենք գաղտնի կերպով՝ կապի այլընտրանքային միջոցներով կամ այլընտրանքային վայրերում:
  - Նշում. այս հարցումը պետք է ներկայացվի գրավոր կերպով և պետք է նշի, թե ինչպես և որտեղ մենք կարող ենք կապ հաստատել ձեզ հետ:
- Մենք կդիտարկենք բոլոր ողջամիտ հարցումները, սակայն համաձայնություն կտանք այն դեպքում, երբ մեզ տեղեկացնեք, որ հակառակ դեպքում ձեզ վտանգ է սպառնում:

**Սույն ծանուցման թղթային օրինակն ստանալու իրավունք**

- Դուք ունեք սույն ծանուցման թղթային օրինակն ստանալու իրավունք, նույնիսկ եթե նախկինում տվել եք սույն ծանուցումն էլեկտրոնային տարբերակով ստանալու համաձայնություն:
- Կարող եք սույն ծանուցման օրինակները ձեռք բերել մեր վեբկայքից կամ այցելել «Pacific Clinics» սույն ծանուցման առաջին էջում տրված հասցեով կամ զանգահարել նույն տեղում տված հեռախոսահամարներով:

**Ընտրել որևէ մեկին, ով կգործի ձեր անունից**

- Եթե որևէ մեկին տվել եք բժշկական լիազորագիր կամ եթե որևէ մեկը ձեր օրինական խնամակալն է, այդ անձնավորությունը կարող է օգտվել ձեր իրավունքներից և կայացնել որոշումներ՝ կապված ձեր առողջությանը վերաբերող տեղեկության հետ:
- Մենք կհամոզվենք, որ տվյալ անձն ունի համապատասխան լիազորություններ նախքան որևէ գործողություն ձեռնարկելը:

**Բողոքել**

- Կապ հաստատեք «Pacific Clinics»-ի հետ վերը նշված հասցեով կամ հեռախոսահամարով, եթե ձեր գաղտնիությանը վերաբերող իրավունքների մասին լրացուցիչ տեղեկության կարիք ունեք, անհանգստացած եք, որ մենք խախտել ենք ձեր գաղտնիության իրավունքները կամ համաձայն չեք այն որոշման հետ, որը մենք կայացրել ենք ձեր PHI-ի հասանելիության վերաբերյալ:
- Կարող եք նաև բողոք ներկայացնել ԱՄՆ առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների նախարարության քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ նամակ ուղարկելով հետևյալ հասցեով՝

– Office of Civil Rights, Region IX  
90 7th St., Ste. 4-100, San Francisco, CA 94103  
Telephone: (800) 368-1019  
TDD: (800) 537-7697

– Կամ առցանց հետևյալ հասցեով՝  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

**«Pacific Clinics»-ին թույլատրվում է օգտագործել կամ բացահայտել ձեր PHI-ը կամ օրենքի պահանջով բացահայտել ձեր PHI-ն առանց ձեր թույլտվության հետևյալ նպատակներով՝**

**Բուժում**

- «Pacific Clinics»-ի շրջանակներում, ինչպես նաև մեր գործընկերներին՝ բուժման և այլ ծառայությունների նպատակով:
- Երբ դուք մեր, ինչպես նաև մեկ այլ մատակարարի հաճախորդ եք՝
  - Արտակարգ իրավիճակներում ձեզ բուժելու,
  - Ծառայությունները կորոդինացնելու,
  - Անհապաղ անցումային խնամք տրամադրելու, երբ դուք ավարտում եք Գործակալության ծառայությունները:

**Գործընկերներ**

- Մեր գործընկերներին, որոնք իրականացնում են բուժում, վճարում ու առողջապահական գործառնություններ կամ այլ ծառայություններ մեր անունից: Գործընկերներն ունեն ձեր PHI-ը պահպանելու պայմանագրային պարտավորություններ:

**Հանդիպումների հիշեցումներ**

- Փոստի, հեռախոսագանգի, էլեկտրոնային փոստի կամ տեքստային հաղորդագրության միջոցով ձեզ հանդիպումների հիշեցումներ տրամադրելու նպատակով:

**Տեղեկատվական և պարզաբանման աշխատանքի իրականացում, ինսամքի կորորդինացում և բժշկական դեպքի կառավարում**

- Տեղեկատվական և պարզաբանման աշխատանք, ինսամքի կորորդինացում և բժշկական դեպքի կառավարում իրականացնելու, ինչպես նաև բուժման այլընտրանքների կամ առողջությանը վերաբերող այլ արտոնությունների ու ծառայությունների մասին տեղեկություն տրամադրելու նպատակով, որոնք կարող են հետաքրքրել ձեզ:

**Վճարում**

- Ձեզ տրամադրված ծառայությունների դիմաց վճարում ստանալու նպատակով՝ ներառյալ հաշիվների ուղարկումն ու տվյալների մշակումը, որոնք մեզ թույլ են տալիս ստանալ փոխհատուցում տրամադրված ծառայությունների դիմաց:

**Առողջապահական գործառնություններ**

- Մեր առողջապահական գործառնությունների համար, ներառյալ ներքին վարչարարությունը և առնչվող գործողությունները՝ բարելավելու մեր ծառայությունների որակը և տնտեսական արդյունավետությունը:

**Հաղորդել բռնության / անտեսման մասին**

- Եթե մենք ունենք ողջամիտ հիմքեր կասկածելու, որ դուք բռնության կամ անտեսման զոհ եք, հաղորդել կառավարական մարմնի (օրինակ՝ սոցիալական ծառայությունների դեպարտամենտ կամ պաշտպանության այլ ծառայություններ), որն օրենքով լիազորված է նման հաղորդումներ ստանալու:
- Հաղորդել համապատասխան մարմինների երեխաների կամ ինսամքայալ չափահասի/տարեցի նկատմամբ կիրառվող բռնության և անտեսման մասին՝ համաձայն Կալիֆորնիայի օրենսդրության:

**Հայցեր և վեճեր**

- Եթե դուք ներգրավված եք դատական քննության կամ վեճի մեջ՝ ի պատասխան դատարանի կամ վարչական հրամանի:
- Ի պատասխան դատարան ներկայանալու ծանուցման, բացահայտման հարցման կամ վեճի մեջ ներգրավված մեկ այլ անձի կողմից օրինական գործընթացի, սակայն միայն այն դեպքում, եթե ջանքեր են գործադրվել հարցման մասին ձեզ տեղեկացնելու կամ պահանջվող տեղեկությունը պաշտպանող հրաման ստանալու համար:

**Իրավակիրարկում**

- Եթե այդպես անելը պահանջում է իրավապահ մարմինների աշխատակիցը,
  - Բացահայտելու կամ հայտնաբերելու կասկածյալի, փախուստի դիմած անձի, կարևոր վկայի կամ անհայտ կորածի,
  - Հանցագործության զոհի մասին, եթե որոշակի սահմանափակ հանգամանքներում մենք չենք կարողանում ստանալ անձի համաձայնությունը,
  - Մահվան մասին, որը մենք կարծում ենք, որ կարող է լինել հանցավոր վարքի հետևանք,
  - Մեր ցանկացած մասնաճյուղում կամ անձնակազմի որևէ անդամի կամ գույքի նկատմամբ հանցավոր վարքագծի մասին,

- Արտակարգ իրավիճակներում հանցագործության, հանցագործության կամ զոհերի գտնվելու վայրի, ինչպես նաև հանցագործություն կատարած անձի ինքնության, նկարագրության կամ գտնվելու վայրի մասին հաղորդում:

**Ազգային անվտանգության և հետախուզական գործունեություն**

- Չետախուզության, հակահետախուզության և օրենքով լիազորված ազգային անվտանգության այլ գործունեության լիազորված դաշնային պաշտոնյաներին:

**Նախագահի, այլոց համար պաշտպանական ծառայություններ**

- Լիազորված դաշնային պաշտոնյաներին, որպեսզի նրանք կարողանան ապահովել Նախագահի պաշտպանությունը կամ օրենքով թույլատրվող ազգային անվտանգության այլ գործողությունների նպատակով:

**Բանտարկյալներ՝ ուղղիչ հաստատություններին տրամադրվող տեղեկություն**

- Եթե դուք ուղղիչ հաստատության բանտարկյալ եք կամ գտնվում եք իրավապահ մարմինների ներկայացուցչի հսկողության տակ, ուղղիչ հաստատությունը կամ իրավապահ մարմինների պաշտոնյային
  - Որպեսզի հաստատությունը ձեզ տրամադրի առողջապահական ծառայություններ,
  - Պաշտպանի ձեր կամ ուրիշների առողջությունն ու անվտանգությունը,
  - Ապահովի ուղղիչ հաստատության անվտանգությունն ու ապահովությունը:

**Հանրային առողջապահական գործունեություն**

- Հանրային առողջապահական գործունեության համար, որոնք կարող են ներառել՝
  - Առողջապահական տեղեկության հաղորդում հանրային առողջապահական մարմիններին՝ հիվանդությունների, վնասվածքների կամ հաշմանդամության կանխարգելման կամ վերահսկման նպատակով,
  - Չգուշացնել այն անձին, ով կարող է ենթարկվել վարակիչ հիվանդության կամ այլ կերպ կարող է լինել որևէ հիվանդության կամ հիվանդագին վիճակի վարակման կամ տարածման լուրջ վտանգի տակ:

**Առողջապահական վերահսկողական գործունեություն**

- Առողջապահական վերահսկողության գործակալությանը, որը վերահսկում է առողջապահական համակարգը և պատասխանատվություն է կրում պետական առողջապահական ծրագրերի (ինչպիսիք են «Medicare»-ը կամ «Medi-Cal»-ը) կանոններին համապատասխանությունն ապահովելու համար:

**Առողջությանը կամ անվտանգությանը սպառնացող լուրջ վտանգը կանխելու համար**

- Անհրաժեշտության դեպքում ձեր, հանրության կամ այլ անձի առողջությանն ու անվտանգությանը սպառնացող լուրջ վտանգը կանխելու համար: Այդուհանդերձ, ցանկացած բացահայտում կլինի միայն այն անձին, որը կարող է օգնել կանխել սպառնալիքը:

**Պատաքնիչ, դատաբժշկական փորձագետ,**

- Պարզելու մահվան պատճառը և, ըստ անհրաժեշտության, կատարելու օրենքով նախատեսված պարտականություններ:

## հուղարկավորության կազմակերպիչ

### Առողջապահական տեղեկության փոխանակման շրջանակներում

- Որպես առողջապահական տեղեկության փոխանակման մասնակիցներ («HIE»),
  - Մենք, առողջապահական այլ մատակարարների հետ միասին, կարող ենք մասնակցել մեկ կամ մի քանի HIE-ի: HIE-ն ամբողջ համայնքը ներառող տեղեկատվական համակարգ է, որը դրան մասնակցող առողջապահական ծառայություններ տրամադրողների կողմից օգտագործվում է բուժման նպատակներով՝ ձեր առողջությանը վերաբերող տեղեկությամբ կիսվելու համար: Քանի որ HIE-ն գործում է որպես մեր գործընկեր, այն ստանում և պահպանում է ձեր PHI-ի էլեկտրոնային տարբերակը՝ բուժման, վճարման կամ առողջապահական գործառնությունների նպատակով, և պարտավոր է պաշտպանել և պահել այդ տեղեկության գաղտնիությունը:
  - HIE-ին բացահայտվող ձեր PHI-ի էլեկտրոնային տարբերակը կարող է ներառել այնպիսի զգայուն ախտորոշումներ, ինչպիսիք են ՄԻԱՎ/ՁԻԱԶ-ը, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունները, գենետիկական տեղեկություն, հոգեակտիվ նյութերի չարաշահում և այլն: Ձեր PHI-ի էլեկտրոնային տարբերակի փոխանցումը կարգավորող Կալիֆոռնիայի օրենսդրությունը կարող է մեզանից պահանջել ստանալ ձեր համաձայնությունը նման փոխանակման համար կամ ձեզ իրավունք տրամադրել հետ կանչել կամ սահմանափակել այդպիսի համաձայնությունը:

### Չեղանկատություն

- Եթե մեր ինստիտուցիոնալ վերանայման խորհուրդը կամ մարդկանց պաշտպանությամբ զբաղվող այլ խորհուրդներ հաստատում է թույլտվությունից հրաժարվելը, և ձեռնարկվում են որոշակի միջոցներ՝ ձեր PHI-ի գաղտնիությունն ապահովելու համար:

### Արտակարգ իրավիճակներ

- Բժշկական անձնակազմին՝ արտակարգ իրավիճակում բուժում կիրառելու համար, որն անմիջական վտանգ է ներկայացնում և պահանջում է անհապաղ բժշկական միջամտություն:

### Բնական աղետների ժամանակ օգնության նպատակով

- Կազմակերպության, որն աջակցում է աղետի հետևանքով տուժածներին, որպեսզի ձեր ընտանիքը տեղեկություն ստանա ձեր վիճակի, կարգավիճակի և գտնվելու վայրի մասին:
  - Նշում. մենք ձեզ հնարավորություն կտանք համաձայնելու կամ չհամաձայնելու սույն բացահայտմանը, սակայն եթե որոշենք, որ ձեր առողջությանը վերաբերող տվյալները հարկավոր են արտակարգ իրավիճակներում ձեզ օգնելու համար, ապա կբացահայտենք դրանք:

### Չինվորական անձնակազմ

- Ռազմական իշխանությունների կամ վետերանների գործերով ղեկարարումների հանձնարարության համաձայն, եթե դուք զինված ուժերի անդամ եք:

### Ծանուցում խախտման մասին

- Տեղեկացնել ձեզ այն դեպքում, երբ տեղի է ունեցել ապօրինի կամ չարտոնված մուտք ձեր առողջությանը վերաբերող տվյալներին:

- Նշում. այս դեպքերի մասին մենք կգեկուցենք նաև դաշնային և նահանգային իշխանություններին, և գուցե անհրաժեշտ լինի օգտագործել ձեր PHI-ը դա անելու համար: Եթե դա տեղի ունենա, մենք ձեզ գրավոր ծանուցում կտրամադրենք:

**Դրամահավաք**

- Մեզ հետ կապված հիմնադրամին՝ ձեզ հետ կապ հաստատելու և մեզ և մեր գործունեության համար դրամահավաք կազմակերպելու նպատակով:
  - Նշում. դուք ունեք դրամահավաքին վերաբերող հաղորդագրություններ ստանալուց հրաժարվելու իրավունք:

**Աշխատակիցների փոխհատուցում**

- Աշխատողների փոխհատուցման կամ նմանատիպ ծրագրերի համար, որոնք արտոնություններ են տրամադրում աշխատանքի հետ կապված վնասվածքների կամ հիվանդության համար:

**Օրենքով պահանջվող դեպքերում**

- Երբ դա պահանջվում է դաշնային, նահանգային կամ տեղական օրենքով, որոնք նշված չեն սույն ծանուցման մեջ:

**ՀՈԳԵՐՈՒԺԱԿԱՆ, ՀՈԳԵԱԿՏԻՎ ՆՅՈՒԹԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԵՏԵՎԱՆՔՈՎ ԱՌԱՋԱՑԱԾ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻՆ ԵՎ ՄԻԱԿ-ԻՆ ՎԵՐԱԲԵՐՈՂ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅԱՆ ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ ՀԱՏՈՒԿ ԿԱՆՈՆՆԵՐ**

Հատուկ կանոններ են կիրառվում հոգեբուժական հիվանդությունների, հոգեակտիվ նյութերի օգտագործման հետևանքով առաջացած խանգարումների կամ ՄԻԱԿ-ի հետ կապված թեստերի և բուժման վերաբերյալ առողջապահական տեղեկության բացահայտման դեպքում: Որոշ բացահայտումների համար կարող է պահանջվել ձեր թույլտվությունը:

**ԱՅՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄ ԵՎ ԲԱՑԱՀԱՅՏՈՒՄ**

Բացառությամբ սույն ծանուցման մեջ նկարագրված կամ դաշնային կամ նահանգային օրենսդրությամբ թույլատրված դեպքերի, մենք չենք օգտագործի ձեր PHI-ը կամ չենք կիսվի դրանով առանց ձեր գրավոր թույլտվության: Մենք չենք օգտագործի կամ բացահայտի ձեր PHI-ը մարքեթինգային նպատակներով, ոչ էլ կվաճառենք ձեր առողջությանը վերաբերող տեղեկությունները առանց ձեր թույլտվության: Եթե ստորագրեք թույլտվություն, սակայն հետագայում մտափոխվեք, գրավոր կերպով տեղեկացրեք մեզ այդ մասին: Դրանով կդադարեցվի ձեր PHI-ի հետագա օգտագործումն ու բացահայտումը, սակայն մեզ չի պարտավորեցնի հետ կանչել արդեն իսկ բացահայտած որևէ տեղեկություն:

**ՁԵՐ ՆԿԱՏՄԱՄԲ ՈՒՆԵՑԱԾ ՄԵՐ ՊԱՐՏԱԿՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

- Օրենքը պահանջում է, որպեսզի մենք պահպանենք ձեր PHI-ի գաղտնիությունն ու անվտանգությունը:
- Մենք պետք է հետևենք ինչպես դաշնային, այնպես էլ նահանգային օրենքներին ձեր PHI-ն օգտագործելիս և բացահայտելիս: Որոշ օրենքներ ապահովում են հոգեկան առողջության, ալկոհոլի և թմրամիջոցների չարաշահման, ՄԻԱԿ/ԶԻԱՀ-ի և սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների մասին տեղեկության ավելի մեծ պաշտպանություն: Այն դեպքերում, երբ և՛ դաշնային, և՛ նահանգային օրենքներն ապահովում են հավասարաչափ պաշտպանություն, մենք կհետևենք այն օրենքին, որն ապահովում է ձեր իրավունքների, գաղտնիության կամ PHI-ի ավելի մեծ պաշտպանություն:
- Մենք պետք է հետևենք սույն ծանուցման մեջ նկարագրված պարտավորություններին և գաղտնիության կանոններին և ձեզ տրամադրենք ծանուցման օրինակը:

- Մենք չենք օգտագործի կամ տարածի ձեր տեղեկությունները սույն ծանուցման մեջ նկարագրվածից բացի այլ դեպքերում, եթե դուք մեզ գրավոր կերպով չտեղեկացնեք, որ մենք նման իրավունք ունենք: Եթե դուք մեզ նման թույլտվություն տաք, ցանկացած պահի կարող եք մտափոխվել: Տեղեկացրեք մեզ գրավոր կերպով, եթե մտափոխվել եք:
- Մենք ձեզ անհապաղ կտեղեկացնենք, եթե տեղի ունենա խախտում, որը կարող է վտանգել ձեր տեղեկության գաղտնիությունը կամ անվտանգությունը:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս՝  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

### **ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՍՈՒՅՆ ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ**

Մենք մեզ իրավունք ենք վերապահում ցանկացած պահի փոխել սույն ծանուցման պայմանները, և փոփոխությունները կտարածվեն ձեր մասին մեր ունեցած ողջ տեղեկության վրա: Նոր ծանուցումը հասանելի կլինի մեր վեբկայքում: Դուք կարող եք նաև պահանջել ծանուցման օրինակը մեր մասնաճյուղերում կամ կարող եք կապվել «Pacific Clinics»-ի հետ 1-ին էջում նշված հասցեով և հեռախոսահամարով:

### **ԱՆԽՏՐՎԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ**

«Pacific Clinics»-ը պահում է քաղաքացիական իրավունքների մասին գործող դաշնային օրենքները և խտրականություն չի դնում ըստ ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի:

*ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ*՝ Եթե դուք խոսում եք այլ լեզվով, ոչ անգլերեն, ձեզ հասանելի են լեզվի աջակցության անվճար ծառայություններ: Չանգահարեք (626) 228-5000: