

این اطلاعیه نحوه استفاده و افشای اطلاعات پزشکی شما و همچنین نحوه دسترسی شما به این اطلاعات را توضیح می‌دهد.

لطفاً این اطلاعیه را با دقت بررسی کنید.

Pacific Clinics («آژانس») متعهد به محافظت از حریم خصوصی مددجویان است. ما حق شما را برای دریافت توضیحی درباره نحوه استفاده و افشای اطلاعات پزشکی حفاظت شده («PHI») شما برای درمان، پرداخت و عملیات مراقبت‌های بهداشتی به رسمیت می‌شناسیم. با این اطلاعیه اطلاعات و شیوه‌های حفظ حریم خصوصی («اطلاعیه»)، شما را از حقوق شما و وظایف قانونی ما در ارتباط با PHI شما آگاه می‌کنیم.

حقوق شما

در رابطه با PHI خود، از حقوق مشخصی برخوردار هستید. این بخش این حقوق و برخی از مسئولیت‌های ما برای کمک به شما را شرح می‌دهد.

- بررسی و دریافت نسخه‌ای از PHI خود
 - ◀ به جز برخی استثناها (مانند یادداشت‌های روان درمانی)، شما این حق را دارید که نسخه‌هایی از PHI را که ما در رابطه با مراقبت از شما داریم، بررسی کرده و کسب کنید.
 - ◀ برای بررسی یا دریافت نسخه‌ای از سوابق خود، باید درخواست شما را به صورت کتبی دریافت کنیم.
 - توجه: ما معمولاً ظرف 30 روز پس از درخواست شما یک نسخه یا خلاصه‌ای از PHI شما را در اختیار شما قرار می‌دهیم و ممکن است کارمزدی معقول و بر اساس هزینه، از شما دریافت کنیم.
 - ◀ ما الزامی نداریم که با درخواست شما موافقت کنیم. اگر درخواست شما را رد کنیم، کتباً برای ارائه توضیحات به شما اطلاع خواهیم داد.
- اصلاح PHI خود
 - ◀ اگر احساس می‌کنید اطلاعات موجود در سوابق شما نادرست است، حق دارید PHI خود را اصلاح کنید. شما باید این اصلاحیه را به صورت کتبی از ما بخواهید و دلایل خود را برای اصلاح بیان کنید.
 - ◀ ما الزامی نداریم که با درخواست شما موافقت کنیم. اگر درخواست شما را رد کنیم، کتباً برای ارائه توضیحات به شما اطلاع خواهیم داد.
- درخواست اعمال محدودیت بر کاربری‌ها و PHI افشای خاص شما
 - ◀ شما حق درخواست اعمال محدودیت بر استفاده و افشای PHI خود را دارید؛
 - برای درمان، پرداخت، یا عملیات مراقبت‌های بهداشتی
 - به شخصی داده می‌شود که در مراقبت از شما یا پرداخت هزینه مراقبت‌های بهداشتی شما نقش دارد
 - به دوستان و خانواده، مربوط به موقعیت یا شرایط شما، و در صورت بروز فاجعه، به نهاد کمک‌کننده در یک فاجعه
 - ◀ ما الزامی نداریم که با درخواست شما موافقت کنیم. اگر درخواست شما را رد کنیم، کتباً برای ارائه توضیحات به شما اطلاع خواهیم داد.
- درخواست اعمال محدودیت زمانی که هزینه را به طور کامل از جیب پرداخت کرده‌اید، از جیب پردازی باطل کردن
 - ◀ اگر شما یا شخص دیگری هزینه یک کالای مراقبت بهداشتی را از به طور کامل از جیب پرداخت کرده‌اید، حق دارید به صورت کتبی درخواست کنید محدودیتی برای افشای PHI خود در یک طرح بهداشتی برای اهداف پرداخت یا عملیات مراقبت‌های بهداشتی اعمال شود
 - ◀ شما حق دارید مجوز خود را برای استفاده یا افشای PHI خود لغو کنید.

مجوز خود

- توجه: درخواست شما برای لغو مجوز باید به صورت کتبی باشد.
- با این حال، این لغو مجوز هیچ تأثیری بر استفاده یا افشای اطلاعات قبل از دریافت درخواست لغو نخواهد داشت.

دریافت گزارش افشای PHI شما

- شما این حق را دارید که گزارش زمان‌های به اشتراک گذاری PHI خود را تا شش (6) سال قبل از تاریخ درخواست، درخواست کنید.
- توجه: این گزارش شامل افشای اطلاعات مربوط به درمان، پرداخت یا عملیات مراقبت‌های بهداشتی؛ افشای اطلاعات به شما یا افراد دخیل در مراقبت شما بر اساس رضایت یا مجوز شما؛ یا با استفاده از قوانین حفظ حریم خصوصی مجاز، نمی‌شود.
- ما سالانه یک نسخه از این گزارش را بدون هیچ هزینه‌ای به شما ارائه خواهیم کرد. برای درخواست نسخه اضافی در یک دوره 12 ماهه، ممکن است کارمزد معقولی را بابت هزینه‌های مربوطه از شما دریافت کنیم.

حق ارتباطات / محرمانه جایگزین

- شما حق دارید درخواست کنید که ما به صورت محرمانه، از طریق وسایل ارتباطی جایگزین یا در مکان‌های جایگزین با شما ارتباط برقرار کنیم.
- توجه: این درخواست باید به صورت کتبی باشد و باید نحوه یا مکان تماس ما با شما در آن مشخص شده باشد.
- ما همه درخواست‌های منطقی را بررسی می‌کنیم، اما اگر به ما بگویید اگر این کار را انجام ندهیم به خطر می‌افتید، پاسخ ما «بله» خواهد بود.

حق یک نسخه کاغذی این اطلاعیه

- شما حق دریافت یک نسخه کاغذی از این اطلاعیه را داشته باشید، حتی اگر قبلاً با دریافت الکترونیکی این اطلاعیه موافقت کرده باشید.
- می‌توانید نسخه‌هایی از این اطلاعیه را در وبسایت ما دریافت کنید، یا می‌توانید با آدرس و شماره تلفن‌های مندرج در صفحه 1 این اطلاعیه با Pacific Clinics تماس بگیرید.

انتخاب شخصی که از طرف شما اقدام کند

- اگر به شخصی وکالت پزشکی داده باشید یا شخصی سرپرست قانونی شما باشد، آن شخص می‌تواند حقوق شما را اجرا کند و در رابطه با اطلاعات پزشکی شما تصمیم‌گیری کند.
- ما قبل از هر اقدامی مطمئن خواهیم شد که این شخص دارای اختیارات مناسب است.

شرح شکایت

- اگر می‌خواهید اطلاعات بیشتری در مورد حقوق حریم خصوصی خود داشته باشید، نگران هستید که حقوق حریم خصوصی شما را نقض کرده‌ایم یا با تصمیمی که در مورد دسترسی به PHI شما گرفته‌ایم مخالفت هستید، با Pacific Clinics به آدرس و شماره تلفن فوق‌الذکر تماس بگیرید.
- همچنین می‌توانید شکایت خود را با ارسال نامه به سازمان بهداشت و خدمات انسانی، اداره حقوق مدنی ثبت کنید:

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

- یا آنلاین به آدرس: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

Pacific Clinics مجاز به استفاده یا افشای PHI شما است، یا ممکن است طبق قانون ملزم به افشای PHI شما بدون مجوز شما برای اهداف زیر باشد:

درمان

- در Pacific Clinics، و با همکاران تجاری ما، برای درمان و سایر خدمات.
- هنگامی که شما مددجوی مشترک ما و ارائه دهنده دیگری باشید؛
- درمان شما در مواقع اورژانسی
- هماهنگی خدمات

– ارائه مراقبت‌های انتقالی پس از پایان خدمات آژانس

- ◀ **همکاران تجاری**
با همکاران تجاری ما که درمان، پرداخت، عملیات مراقبت‌های بهداشتی یا سایر خدمات را از طرف ما انجام می‌دهند. شرکای تجاری به طور قراردادی موظف به محافظت از PHI شما هستند.
- ◀ **یادآوری وقت ملاقات**
برای ارائه یادآوری وقت ملاقات از طریق پست، تلفن، ایمیل یا پیامک.
- ◀ **برقراری ارتباط، هماهنگی مراقبت و مدیریت پرونده**
برای برقراری ارتباط، هماهنگی مراقبت یا مدیریت پرونده، یا ارائه اطلاعات درباره درمان‌های جایگزین یا سایر مزایا و خدمات مرتبط با سلامتی که ممکن است مورد علاقه شما باشد.
- ◀ **پرداخت**
برای دریافت هزینه بابت خدمات ارائه شده به شما، از جمله صدور صورت‌حساب و پردازش داده‌ها که به ما امکان دریافت هزینه خدمات را می‌دهد.
- ◀ **عملیات مراقبت‌های بهداشتی**
برای عملیات مراقبت‌های بهداشتی ما، از جمله مدیریت داخلی و فعالیت‌های مرتبط برای بهبود کیفیت و مقرون به صرفه بودن خدمات ما.
- ◀ **گزارش آزار / بی‌توجهی**
اگر به طور منطقی معتقد باشیم که شما قربانی آزارگری یا بی‌توجهی شده‌اید، گزارش‌دهی به یک مقام دولتی (به عنوان مثال، سازمان خدمات اجتماعی یا سایر سازمان‌های خدمات حفاظتی) که طبق قانون مجاز به دریافت چنین گزارشی هستند.
گزارش‌دهی به مقامات مربوطه در مورد آزارگری و بی‌توجهی احتمالی نسبت به کودک یا بزرگسالان/سالمنان تحت تکفل، طبق قانون کالیفرنیا.
- ◀ **دعاوی و اختلافات**
اگر درگیر دعوی یا اختلافی هستید، در پاسخ به حکم دادگاه یا حکم اداری.
در پاسخ به احضاریه، درخواست کشف یا سایر فرآیندهای قانونی توسط شخص دیگری که درگیر اختلاف است، اما تنها در صورتی که برای اطلاع رسانی این درخواست به شما، تلاش‌هایی صورت گرفته باشد؛ یا برای دریافت دستور حفاظت از اطلاعات درخواستی.
- **اجرای قانون**
در صورت درخواست از سوی یک مقام مجری قانون؛
 - برای شناسایی یا یافتن مظنون، فراری، شاهد مادی یا فرد مفقود شده
 - در مورد قربانی جنایت در صورتی که تحت شرایط محدود خاصی نتوانیم موافقت شخص را کسب کنیم
 - درباره مرگی که معتقدیم ممکن است نتیجه رفتار مجرمانه باشد
 - درباره رفتار مجرمانه در هر یک از مراکز ما، یا علیه هر یک از کارکنان یا اموال ما
 - در شرایط اورژانسی برای گزارش جرم؛ محل جنایت یا قربانیان؛ یا هویت، توصیف یا محل شخصی که مرتکب جرم شده است
- ◀ **امنیت ملی و فعالیت‌های اطلاعاتی**
به مقامات مجاز فدرال برای فعالیت‌های اطلاعاتی، ضد جاسوسی و سایر فعالیت‌های امنیت ملی که به موجب قانون مجاز است.
- ◀ **خدمات حفاظتی برای رئیس جمهور، سایرین**
به مقامات مجاز فدرال تا آنها بتوانند از رئیس جمهور حفاظت کنند یا سایر فعالیت‌های امنیت ملی مجاز به موجب قانون.
- ◀ **زندانیان – اطلاعاتی که در اختیار نهادهای اصلاح و تأدیب قرار می‌گیرد**
اگر زندانی یک مؤسسه اصلاح و تأدیب هستید یا تحت نظر یک مقام انتظامی هستید، ارائه اطلاعات به مؤسسه اصلاح و تأدیب یا مأمور اجرای قانون؛
 - برای اینکه موسسه مراقبت‌های بهداشتی را به شما ارائه دهد
 - برای محافظت از سلامت و ایمنی شما یا سلامت و ایمنی دیگران
 - برای ایمنی و امنیت نهاد اصلاح و تأدیب
- ◀ **فعالیت‌های بهداشت عمومی**
برای فعالیت‌های بهداشت عمومی که ممکن است شامل موارد زیر باشد؛

- گزارش اطلاعات بهداشتی به مقامات بهداشت عمومی برای پیشگیری یا کنترل بیماری، آسیب یا ناتوانی
- برای هشدار دادن به فردی که ممکن است در معرض یک بیماری مسری بوده باشد یا به هر شکل ممکن است در معرض خطر جدی ابتلا یا انتشار یک بیماری یا عارضه باشد

فعالیت‌های نظارتی بهداشت

ارائه اطلاعات به یک سازمان نظارتی بهداشت که بر سیستم مراقبت‌های بهداشتی نظارت دارد و مسئولیت اطمینان از رعایت قوانین برنامه‌های بهداشتی دولتی مانند Medicare یا Medi-Cal را بر عهده دارد.

برای جلوگیری از یک تهدید جدی برای سلامت یا ایمنی

در صورت لزوم، برای جلوگیری از تهدید جدی برای سلامت و ایمنی شما یا سلامت و ایمنی عموم مردم یا شخص دیگری. با این حال، هرگونه افشاگر اطلاعات فقط به شخصی انجام می‌شود که بتواند به جلوگیری از تهدید کمک کند.

پزشکی قانونی، پزشک قانونی، مدیران تدفین

تعیین علت فوت و در صورت لزوم انجام وظایفی که در قانون مقرر شده است.

به نهاد مبادله اطلاعات پزشکی

به عنوان عضو تبادل اطلاعات پزشکی («HIE»):

- ما، همراه با سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، ممکن است در یک یا چند HIE شرکت کنیم. HIE یک سیستم اطلاعاتی اجتماعی است که توسط ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی شرکت کننده برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات پزشکی شما برای اهداف درمانی استفاده می‌شود. از آنجایی که HIE به عنوان شریک تجاری ما عمل می‌کند، HIE داده‌های الکترونیکی PHI را برای درمان، پرداخت یا عملیات مراقبت‌های بهداشتی دریافت و ذخیره می‌کند و ملزم به محافظت و حفظ محرمانه PHI است.

- PHI الکترونیکی افشا شده به HIE ممکن است شامل تشخیص‌های حساسی مانند HIV/AIDS، بیماری‌های مقاربتی، اطلاعات ژنتیکی و سوء مصرف مواد مربوط به سلامت روان و غیره باشد. قانون کالیفرنیا که برای مبادله PHI الکترونیکی قابل اجرا است ممکن است از ما بخواهد که رضایت شما را برای چنین تبادلی دریافت کنیم یا به شما این حق را بدهیم که چنین رضایتی را لغو یا محدود کنید.

پژوهش

اگر هیئت بازرسی سازمانی ما، یا هیئت دیگری برای حفاظت از افراد شرکت کننده در پژوهش، لغو مجوز را تأیید کند، و تدابیر امنیتی خاصی برای اطمینان از حریم خصوصی PHI شما وجود داشته باشد.

شرایط اورژانسی

به کادر پزشکی برای درمان یک وضعیت اورژانسی که تهدید فوری است و نیاز به مداخله فوری پزشکی دارد.

اهداف امداد رسانی در بلایا

به سازمانی که در تلاش برای امداد رسانی در بلایای طبیعی کمک می‌کند تا خانواده شما بتوانند از شرایط، وضعیت و مکان شما مطلع شوند.

- توجه: ما به شما این فرصت را می‌دهیم که با این افشای اطلاعات موافقت یا با آن مخالفت کنید، مگر اینکه تصمیم بگیریم که برای پاسخ به شرایط اورژانسی، باید اطلاعات پزشکی شما را فاش کنیم.

پرستل نظامی

اگر شما عضو نیروهای مسلح هستید، طبق دستور مقامات نظامی یا سازمان امور کهنه سربازان.

اعلام تخلف

برای اطلاع رسانی به شما در صورت وجود دسترسی غیرقانونی یا غیرمجاز به اطلاعات پزشکی شما.

- توجه: ما همچنین این موارد را به مقامات فدرال و ایالتی گزارش خواهیم کرد و ممکن است برای انجام این کار لازم باشد از PHI شما استفاده کنیم. اگر این اتفاق بیفتد، اطلاعیه کتبی به شما ارائه خواهیم کرد.

- فعالیت‌های جمع آوری کمک‌های مالی**
- ◀ ارائه اطلاعات به یک بنیاد مرتبط با ما، برای تماس با شما برای جمع آوری کمک مالی برای ما و عملیات ما.
 - توجه: شما حق انصراف از دریافت مکاتبات جمع آوری کمک مالی را دارید.
- غرامت کارگری**
- ◀ برای غرامت کارگری (Workers' Compensation) یا برنامه‌های مشابهی که مزایایی را برای صدمات یا بیماری‌های ناشی از کار فراهم می‌کند.
- الزام قانونی**
- ◀ زمانی که طبق قوانین فدرال، ایالتی یا محلی که قبلاً در این اطلاعیه به آن اشاره نشده است، انجام این کار الزامی باشد.

قوانین ویژه برای افشای اطلاعات روانپزشکی، اختلال مصرف مواد، و اطلاعات مربوط به HIV

قوانین خاصی برای افشای اطلاعات بهداشتی در مورد شرایط روانپزشکی، اختلالات مصرف مواد یا آزمایش و درمان مرتبط با HIV اعمال می‌شود. ممکن است مجوز شما برای برخی افشاگری‌ها لازم باشد.

سایر موارد استفاده و افشا

به جز مواردی که در این اطلاعیه توضیح داده شده است، یا طبق قانون فدرال یا ایالتی مجاز است، ما از PHI شما بدون مجوز کتبی شما استفاده نمی‌کنیم یا آن را به اشتراک نمی‌گذاریم. ما از PHI شما برای مقاصد بازاریابی استفاده نکرده یا آن را افشا نمی‌کنیم و اطلاعات پزشکی شما را بدون مجوز شما نمی‌فروشیم. اگر مجوزی را امضا کردید و بعداً نظر خود را تغییر دادید، کتباً به ما اطلاع دهید. این کار هرگونه استفاده و افشای آتی PHI شما را متوقف می‌کند، اما ما را ملزم به پس گرفتن اطلاعاتی نمی‌کند که قبلاً افشا کرده‌ایم.

مسئولیت‌های ما در قبال شما

- ◀ طبق قانون ما ملزم به حفظ حریم خصوصی و امنیت PHI شما هستیم.
- ◀ هنگام استفاده و افشای PHI شما، باید از قوانین فدرال و ایالتی پیروی کنیم. برخی از قوانین حمایت بیشتری را برای سلامت روان، سوء مصرف الکل و مواد مخدر، HIV/AIDS و اطلاعات مربوط به بیماری‌های مقاربتی ارائه می‌کنند. در مواردی که هم قانون فدرال و هم قوانین ایالتی حمایت مشابهی را ارائه می‌دهند، ما معمولاً از قانونی پیروی می‌کنیم که از حقوق، حریم خصوصی یا PHI شما محافظت بیشتری می‌کند.
- ◀ ما باید وظایف و شیوه‌های حفظ حریم خصوصی مندرج در این اطلاعیه را رعایت کنیم و یک نسخه از آن را به شما بدهیم.
- ◀ ما به جز موارد مشروح در این اطلاعیه، اطلاعات شما را استفاده نمی‌کنیم یا به اشتراک نمی‌گذاریم مگر اینکه اجازه این کار را به طور کتبی به ما بدهید. اگر این اجازه را به ما بدهید، در هر زمانی می‌توانید تصمیم خود را تغییر دهید. اگر تصمیمتان عوض شد، به طور کتبی به ما اطلاع دهید.
- ◀ اگر نقضی رخ دهد که ممکن است حریم خصوصی یا امنیت اطلاعات شما را به خطر بیندازد، فوراً به شما اطلاع خواهیم داد.

برای اطلاعات بیشتر رجوع کنید به: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

تغییر در شرایط این اطلاعیه

ما حق تغییر شرایط این اطلاعیه در هر زمان را برای خود محفوظ می‌داریم و این تغییرات در مورد تمام اطلاعاتی که درباره شما در اختیار داریم، اعمال خواهد شد. اطلاعیه جدید در وب سایت ما در دسترس خواهد بود. همچنین می‌توانید یک نسخه از این اطلاعیه را در مراکز ما درخواست کنید، یا می‌توانید با Pacific Clinics به آدرس و شماره تلفن مندرج در صفحه 1 تماس بگیرید.

اطلاعیه عدم تبعیض

Pacific Clinics قوانین جاری حقوق مدنی فدرال را رعایت می‌کند و بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، معلولیت و یا جنسیت تبعیض قائل نمی‌شود.

توجه: اگر به زبانی غیر از انگلیسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در اختیارتان قرار می‌گیرد. با شماره 228-5000 (626) تماس بگیرید.