



## ประกาศเกี่ยวกับแนว ทางปฏิบัติด้านข้อ มูลและความเป็นส่วนตัว

สำนักงานความเป็นส่วนตัวขององค์กร  
499 Loma Alta Avenue  
Los Gatos, CA 95030  
โทรศัพท์: (408) 379-3790  
อีเมล:  
[privacyofficer@pacificclinics.org](mailto:privacyofficer@pacificclinics.org)  
เว็บไซต์:  
[www.pacificclinics.org](http://www.pacificclinics.org)

ประกาศฉบับนี้อธิบายถึงวิธีการใช้และการเปิดเผยข้อมูลสุขภาพของคุณ ตลอดจนวิธีการเข้าถึงข้อมูลนี้

### โปรดอ่านประกาศฉบับนี้ออย่างละเอียดถี่ถ้วน

Pacific Clinics ("หน่วยงาน") มุ่งมั่นคุ้มครองความเป็นส่วนตัวของคนไข้ เราตระหนักว่าคุณมีสิทธิที่จะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีที่เราใช้และเปิดเผยข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการคุ้มครอง ("PHI") ของคุณสำหรับการรักษา การชำระเงิน และการรักษาพยาบาล ด้วยประกาศเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติด้านข้อมูลและความเป็นส่วนตัวฉบับนี้ ("ประกาศ") เราได้แจ้งให้คุณทราบถึงสิทธิของคุณ และหน้าที่ตามกฎหมายของเราที่เกี่ยวข้องกับ PHI ของคุณ

#### สิทธิของคุณ

คุณมีสิทธิบางประการเกี่ยวกับ PHI โดยส่วนนี้จะอธิบายถึงสิทธิเหล่านี้ตลอดจนหน้าที่รับผิดชอบบางส่วนของเราเพื่อช่วยเหลือคุณ

#### ตรวจสอบและรับสำเนา PHI ของคุณ

- คุณมีสิทธิที่จะตรวจสอบและรับสำเนา PHI ที่เรามีไว้เพื่อดูแลรักษาคุณ โดยมีข้อยกเว้นบางประการ (เช่น หมายเหตุเกี่ยวกับจิตบำบัด)
- เราต้องได้รับคำขอเป็นลายลักษณ์อักษรจากคุณสำหรับการตรวจสอบหรือสำเนานี้ที่ข้อมูลของคุณ
  - หมายเหตุ: โดยปกติแล้วเราจะมอบสำเนาหรือข้อมูลสรุป PHI ของคุณภายใน 30 วันนับจากวันที่คุณส่งคำขอ และอาจเรียกเก็บค่าธรรมเนียมที่เหมาะสมตามค่าใช้จ่ายจากคุณ
- เราไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับคำขอของคุณ หากเราปฏิเสธคำขอของคุณ เราจะแจ้งให้คุณทราบถึงคำอธิบายเป็นลายลักษณ์อักษร

#### แก้ไข PHI ของคุณ

- คุณมีสิทธิที่จะแก้ไข PHI ของคุณหากคุณรู้สึกว่าข้อมูลที่ระบุในบันทึกของคุณนั้นไม่ถูกต้อง คุณต้องขอให้เราทำการแก้ไขนี้เป็นลายลักษณ์อักษรรวมถึงระบุเหตุผลของการแก้ไขด้วย
- เราไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับคำขอของคุณ หากเราปฏิเสธคำขอของคุณ เราจะแจ้งให้คุณทราบถึงคำอธิบายเป็นลายลักษณ์อักษร

#### ขอให้มีการจำกัดการใช้และการเปิดเผยบางประการเกี่ยวกับ PHI ของคุณ

- คุณมีสิทธิที่จะส่งคำขอให้มีการจำกัดการใช้และการเปิดเผย PHI ของคุณ
  - สำหรับการรักษา การชำระเงิน หรือการรักษาพยาบาล
  - ข้อมูลที่มอบให้กับบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลหรือการชำระเงินสำหรับการดูแลสุขภาพของคุณ
  - ข้อมูลเกี่ยวกับที่อยู่หรืออาการของคุณที่มอบให้กับเพื่อนและครอบครัว และที่มอบให้กับหน่วยงานช่วยเหลือเหตุภัยพิบัติในกรณีที่เกิดภัยพิบัติ
- เราไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับคำขอของคุณ หากเราปฏิเสธคำขอของคุณ เราจะแจ้งให้คุณทราบถึงคำอธิบายเป็นลายลักษณ์อักษร

**ขอให้มีการจำกัด  
เมื่อคุณจ่ายเงินเต็มจำนวน  
ด้วยเงินของตัวเอง  
เพิกถอน  
การอนุญาต**

- คุณมีสิทธิที่จะส่งคำขอเป็นลายลักษณ์อักษรให้มีการจำกัดการเปิดเผย PHI ของคุณต่อแผนสุขภาพเพื่อวัตถุประสงค์ในการชำระเงินหรือการรักษาพยาบาล หากคุณหรือบุคคลอื่นจ่ายค่าสินค้าหรือบริการด้านการดูแลสุขภาพเต็มจำนวนด้วยเงินของตัวเอง
- คุณมีสิทธิที่จะเพิกถอนการอนุญาตสำหรับการใช้หรือการเปิดเผย PHI ของคุณ
  - หมายเหตุ: คุณต้องส่งคำขอให้เพิกถอนการอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร
- แต่การเพิกถอนดังกล่าวจะไม่ส่งผลต่อการใช้หรือการเปิดเผยข้อมูลที่มีขึ้นก่อนหน้าที่จะได้รับการเพิกถอน

**รับการบันทึกข้อมูล  
เกี่ยวกับการเปิดเผย  
PHI ของคุณ**

- คุณมีสิทธิที่จะส่งคำขอรับการบันทึกจำนวนครั้งที่เราได้แบ่งปัน PHI ของคุณเป็นเวลาสูงสุดหก (6) ปีก่อนวันที่คุณส่งคำขอ
  - หมายเหตุ: การบันทึกข้อมูลนี้จะไม่รวมการเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การชำระเงิน หรือการรักษาพยาบาล การเปิดเผยข้อมูลให้กับคุณหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลตามความยินยอมหรือการอนุญาตของคุณ หรือการเปิดเผยข้อมูลด้วยวิธีที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยความเป็นส่วนตัว
- เราจะมอบสำเนาหนึ่งฉบับให้แก่คุณเป็นรายปีโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย สำหรับคำขอเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 12 เดือน เราอาจเรียกเก็บค่าธรรมเนียมที่เหมาะสมตามค่าใช้จ่ายจากคุณ

**สิทธิในการสื่อสาร  
ที่เป็นความลับ/  
ทางเลือก**

- คุณมีสิทธิที่จะส่งคำขอให้เราสื่อสารกับคุณอย่างเป็นทางการลับ ด้วยวิธีการสื่อสารรูปแบบอื่นๆ หรือในสถานที่อื่น
  - หมายเหตุ: คุณต้องส่งคำขอนี้เป็นลายลักษณ์อักษรรวมถึงต้องระบุว่าเราจะติดต่อคุณได้อย่างไรหรือที่ใด
- เราจะพิจารณาคำขอที่สมเหตุสมผลทั้งหมด แต่เราจะ “เห็นด้วย” กับคำขอหากคุณแจ้งให้เราทราบว่าคุณจะเป็นอันตรายหากเราไม่ทำเช่นนั้น

**สิทธิที่จะได้รับสำเนาเอกสาร  
ของประกาศฉบับนี้**

- คุณมีสิทธิที่จะได้รับสำเนาเอกสารของประกาศฉบับนี้ แม้ว่าก่อนหน้านี้คุณจะตกลงที่จะรับประกาศฉบับนี้ทางอิเล็กทรอนิกส์ไปแล้วก็ตาม
- คุณสามารถรับสำเนาประกาศนี้ได้จากเว็บไซต์ของเรา หรือติดต่อไปยัง Pacific Clinics ตามที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ที่ระบุไว้ในหน้า 1 ของประกาศฉบับนี้

**มอบอำนาจให้บุคคลอื่น  
ดำเนินการแทนคุณ**

- หากคุณให้หนังสือมอบอำนาจทางการแพทย์แก่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือหากบุคคลใดเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายของคุณ บุคคลนั้นจะสามารถดำเนินการตามสิทธิของคุณและทำการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของคุณได้
- เราจะตรวจสอบให้แน่ใจว่าบุคคลนี้มีอำนาจที่เหมาะสมก่อนที่จะดำเนินการใดๆ

**ยื่นเรื่องร้องเรียน**

- ติดต่อไปยัง Pacific Clinics ตามที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ที่ระบุไว้ด้านบนหากคุณต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิความเป็นส่วนตัว กังวลว่าเราได้ละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัวของตนเอง หรือไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของเราเกี่ยวกับการเข้าถึง PHI ของตนเอง
- นอกจากนี้ คุณอาจต้องยื่นเรื่องร้องเรียนกับสำนักงานเพื่อสิทธิพลเมืองแห่งกระทรวงสาธารณสุขและบริการประชาชนของสหรัฐฯ ด้วยการส่งจดหมายไปตามที่อยู่ดังต่อไปนี้

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

TDD: (800) 537-7697

– หรือทางออนไลน์ที่: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

**Pacific Clinics** ได้รับอนุญาตให้ใช้หรือเปิดเผย PHI ของคุณ (หรือกฎหมายอาจกำหนดให้ต้องเปิดเผย PHI ของคุณ) โดยไม่ต้องได้รับอนุญาตจากคุณเพื่อวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- |  |   |
|--|---|
| <b>การรักษา</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>➢ ภายใน Pacific Clinics และกับผู้ร่วมธุรกิจของเรา สำหรับการรักษาและบริการอื่นๆ</li><li>➢ เมื่อเราและผู้ให้บริการรายอื่นแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับคุณในฐานะคนไข้เพื่อ<ul style="list-style-type: none"><li>– รักษาคุณในกรณีฉุกเฉิน</li><li>– ประสานงานบริการต่างๆ</li><li>– ให้การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดยทันทีหลังจากที่คุณยุติรับบริการจากหน่วยงานแล้ว</li></ul></li></ul>   |
| <b>ผู้ร่วมธุรกิจ</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>➢ กับผู้ร่วมธุรกิจที่ดำเนินการรักษา การชำระเงิน การรักษาพยาบาล หรือบริการอื่นๆ ในนามของเรา ผู้ร่วมธุรกิจมีภาระผูกพันตามสัญญาในการคุ้มครอง PHI ของคุณ</li></ul>  |
| <b>แจ้งเตือนการนัดหมาย</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>➢ เพื่อแจ้งเตือนคุณถึงการนัดหมายผ่านไปรษณีย์ โทรศัพท์ อีเมล หรือทางข้อความ</li></ul>  |
| <b>ให้บริการนอกสถานที่ ประสานงานการดูแล และการจัดการรายการณี</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>➢ เพื่อให้บริการนอกสถานที่ ประสานงานการดูแล หรือการจัดการรายการณี หรือกับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา หรือประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอื่นๆ ตลอดจนบริการที่คุณอาจสนใจ</li></ul>  |
| <b>การชำระเงิน</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>➢ เพื่อรับชำระเงินสำหรับบริการที่เรามอบให้คุณ รวมถึงการดำเนินงานด้านการเรียกเก็บเงินและการประมวลผลข้อมูลที่ยินยอมให้เราได้รับเงินชำระคืนสำหรับบริการต่างๆ</li></ul>   |
| <b>การรักษาพยาบาล</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>➢ สำหรับการรักษาพยาบาลของเรา รวมถึงการบริหารภายในและการดำเนินการที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงบริการของเราให้มีคุณภาพและคุ้มค่า</li></ul>   |
| <b>รายงานการทารุณกรรม / การละเลย</b>                             | <ul style="list-style-type: none"><li>➢ หากเรามีเหตุอันควรให้เชื่อว่าคุณตกเป็นเหยื่อของการทารุณกรรมหรือการละเลย เราจะเปิดเผยข้อมูลกับหน่วยงานของรัฐ (ตัวอย่างเช่น สำนักงานสังคมสงเคราะห์หรือหน่วยงานบริการคุ้มครองอื่นๆ) ที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายให้รับรายงานดังกล่าว</li><li>➢ ให้กับหน่วยงานที่เหมาะสมเกี่ยวกับกรณีต้องสงสัยว่ามีการทารุณกรรมและการละเลยเด็กหรือผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้อื่นตามที่กำหนดในกฎหมายของรัฐแคลิฟอร์เนีย</li></ul> |
| <b>คดีความและข้อพิพาท</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>➢ หากคุณข้องเกี่ยวกับคดีความหรือข้อพิพาท เพื่อดำเนินการตามคำสั่งศาลหรือคำสั่งทางการปกครอง</li><li>➢ เพื่อดำเนินการตามหมายศาล คำขอให้เปิดเผยข้อมูล หรือกระบวนการทางกฎหมายอื่นๆ โดยบุคคลอื่นที่ข้องเกี่ยวในข้อพิพาท แต่เฉพาะในกรณีที่เป็นไปเพื่อแจ้งให้คุณทราบถึงคำขอเท่านั้น หรือเพื่อขอรับคำสั่งคุ้มครองข้อมูลตามที่ร้องขอ</li></ul>  |
| <b>ฝ่ายบังคับใช้กฎหมาย</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>➢ หากเราได้รับแจ้งให้ดำเนินการเช่นนั้นจากเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย<ul style="list-style-type: none"><li>– เพื่อระบุหรือค้นหาตัวผู้ต้องสงสัย ผู้หลบหนี พยานปากสำคัญ หรือบุคคลสูญหาย</li></ul></li></ul>   |

- เกี่ยวกับผู้ที่ตกเป็นเหยื่ออาชญากรรม หากเราไม่สามารถรับความเห็นชอบจากบุคคลนั้นได้ (ภายใต้สถานการณ์ที่จำกัดบางประการ)
  - เกี่ยวกับการเสียชีวิตที่เราเชื่อว่าอาจมีสาเหตุมาจากการก่ออาชญากรรม
  - เกี่ยวกับการก่ออาชญากรรมในสถานที่ใดๆ ของเรา หรือการก่ออาชญากรรมต่อบุคคลากรหรือทรัพย์สิน
  - ในสถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อรายงานเหตุอาชญากรรม ตำแหน่งที่ตั้งของอาชญากรรมหรือเหยื่อ หรือตัวตน รูปพรรณสัณฐาน ตลอดจนตำแหน่งที่ตั้งของบุคคลที่ก่ออาชญากรรม
- ความมั่นคงของชาติและการดำเนินงานด้านข่าวกรอง**
- ให้กับเจ้าหน้าที่รัฐบาลกลางที่ได้รับอนุญาตสำหรับการดำเนินงานด้านข่าวกรอง การต่อต้านข่าวกรอง และการดำเนินงานเกี่ยวกับความมั่นคงของชาติอื่นๆ ที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย
- บริการคุ้มครองสำหรับประธานาธิบดีและบุคคลอื่น**
- ให้กับเจ้าหน้าที่รัฐบาลกลางที่ได้รับอนุญาตเพื่อให้เจ้าหน้าที่เหล่านั้นให้การคุ้มครองประธานาธิบดีได้ หรือเพื่อการดำเนินงานด้านความมั่นคงของชาติอื่นๆ ที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย
- ผู้ต้องขัง – ข้อมูลที่ออกให้แก่ทัณฑสถาน**
- ให้กับทัณฑสถานหรือเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย หากคุณเป็นผู้ต้องขังในทัณฑสถาน หรืออยู่ระหว่างการควบคุมตัวโดยเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย
    - เพื่อให้ทัณฑสถานดูแลสุขภาพของคุณ
    - เพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของคุณ หรือสุขภาพและความปลอดภัยของบุคคลอื่น
    - เพื่อความปลอดภัยและความมั่นคงของทัณฑสถาน
- การดำเนินงานด้านสาธารณสุข**
- สำหรับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่อาจรวมถึง
    - การรายงานข้อมูลสุขภาพต่อหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อป้องกันหรือควบคุมโรค การบาดเจ็บ หรือทุพพลภาพ
    - เพื่อแจ้งเตือนบุคคลที่อาจเผชิญกับโรคติดต่อหรืออาจมีความเสี่ยงร้ายแรงที่จะติดต่อหรือแพร่โรคตลอดจนอาการอื่นๆ
- การดำเนินงานด้านการกำกับดูแลสุขภาพ**
- ให้กับหน่วยงานกำกับดูแลสุขภาพที่ควบคุมดูแลระบบดูแลสุขภาพและมีหน้าที่รับผิดชอบในการตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีการปฏิบัติตามกฎระเบียบของโครงการด้านสุขภาพของรัฐบาล เช่น Medicare หรือ Medi-Cal
- เพื่อป้องกันภัยคุกคามร้ายแรงต่อสุขภาพหรือความปลอดภัย**
- เพื่อป้องกันภัยคุกคามร้ายแรงต่อสุขภาพและความปลอดภัยของคุณ หรือสุขภาพและความปลอดภัยของสาธารณะตลอดจนบุคคลอื่นเมื่อจำเป็น แต่เราจะเปิดเผยข้อมูลใดก็ตามต่อผู้ที่สามารถช่วยป้องกันภัยคุกคามได้เท่านั้น
- เจ้าหน้าที่ชั้นสุตรศพ แพทย์นิติเวช และสัปเหร่อ**
- เพื่อระบุสาเหตุการเสียชีวิตและเพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับอนุญาตโดยกฎหมายเมื่อจำเป็น
- เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ**
- ในฐานะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ ("HIE")
    - เราและผู้ให้บริการดูแลสุขภาพรายอื่นๆ อาจมีส่วนร่วมใน HIE อย่างน้อยหนึ่งครั้ง HIE เป็นระบบข้อมูลทั่วทั้งชุมชนที่ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่เข้าร่วมต่างใช้เพื่อแบ่งปันข้อมูลสุขภาพของคนไข้เพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษา เนื่องจาก HIE ทำหน้าที่เป็นผู้ร่วมธุรกิจของเรา HIE จึงได้รับและจัดเก็บ PHI แบบอิเล็กทรอนิกส์สำหรับการรักษา การชำระเงิน หรือการรักษาพยาบาล และจำเป็นต้องคุ้มครองตลอดจนรักษา PHI ไว้ให้เป็นความลับ
    - PHI แบบอิเล็กทรอนิกส์ที่เปิดเผยต่อ HIE อาจรวมถึงการวินิจฉัยที่ละเอียดอ่อน เช่น HIV/AIDS, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ข้อมูลทางพันธุกรรม และ

การใช้สารสำหรับสุขภาพจิตในทางที่ผิด ฯลฯ โดยกฎหมายรัฐแคลิฟอร์เนียที่บังคับใช้กับการแลกเปลี่ยน PHI แบบอิเล็กทรอนิกส์อาจจำเป็นต้องให้เราได้รับความยินยอมจากคุณเพื่อดำเนินการแลกเปลี่ยนดังกล่าว หรือมอบสิทธิให้คุณเพิกถอนหรือจำกัดความยินยอมได้

- การวิจัย** ➤ หากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของเรา (หรือคณะกรรมการอื่นๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองมนุษย์) อนุมัติการสละสิทธิ์ในการอนุญาต และมีการคุ้มครองบางประการเพื่อรับรองความเป็นส่วนตัวของ PHI ของคุณ
- สถานการณ์ฉุกเฉิน** ➤ ให้กับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยจากเหตุฉุกเฉินที่ก่อให้เกิดภัยคุกคามฉับพลันและต้องได้รับการรักษาโดยทันที
- วัตถุประสงค์ด้านการบรรเทาภัยพิบัติ** ➤ ให้กับองค์กรที่ช่วยเหลือในงานบรรเทาภัยพิบัติ เพื่อแจ้งอาการป่วย สภาพที่เป็นอยู่ และที่อยู่ของคุณแก่ครอบครัว
  - หมายเหตุ: เราจะมอบโอกาสให้คุณเห็นชอบหรือคัดค้านการเปิดเผยข้อมูลนี้ เว้นแต่เราจะตัดสินใจว่าจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลสุขภาพของคุณเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน
- ทหาร** ➤ ตามคำสั่งของหน่วยงานทหารหรือกระทรวงกิจการทหารผ่านศึกหากคุณเป็นกำลังพลของกองทัพ
- การแจ้งเตือนเกี่ยวกับการละเมิด** ➤ เพื่อแจ้งให้คุณทราบในกรณีที่มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของคุณโดยไม่ได้รับอนุญาตหรือไม่เป็นไปตามกฎหมาย
  - หมายเหตุ: เรายังจะรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ต่อหน่วยงานระดับรัฐและรัฐบาลกลาง และอาจต้องใช้ PHI ของคุณในการทำเช่นนั้น หากเป็นเช่นนั้น เราจะแจ้งให้คุณทราบเป็นลายลักษณ์อักษร
- การดำเนินงานด้านการระดมทุน** ➤ ให้กับมูลนิธิที่เกี่ยวข้องกับเรา เพื่อติดต่อคุณในการระดมทุนสำหรับเราและการดำเนินงานของเรา
  - หมายเหตุ: คุณมีสิทธิ์ที่จะเลือกไม่รับการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการระดมทุน
- ค่าชดเชยของพนักงาน** ➤ สำหรับโครงการค่าชดเชยของพนักงานหรือโครงการที่คล้ายคลึงกันที่มอบเงินช่วยเหลือแก่กรณีการบาดเจ็บหรือการป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน
- ตามที่กำหนดโดยกฎหมาย** ➤ เมื่อกฎหมายของรัฐบาลกลาง กฎหมายของรัฐ หรือกฎหมายในพื้นที่ที่ไม่ได้มีการอ้างถึงในประกาศฉบับนี้กำหนดให้ต้องทำเช่นนั้น

### **กฎระเบียบพิเศษสำหรับการเปิดเผยข้อมูลทางจิตเวช ข้อมูลความผิดปกติในการใช้สารเสพติด และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ HIV**

กฎระเบียบพิเศษมีผลบังคับใช้กับการเปิดเผยข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับอาการป่วยทางจิตเวช ความผิดปกติในการใช้สารเสพติด หรือการทดสอบและการรักษาที่เกี่ยวข้องกับ HIV โดยเราอาจต้องได้รับการอนุมัติจากคุณสำหรับการเปิดเผยบางประการ

### **การใช้และการเปิดเผยข้อมูลอื่นๆ**

เราจะไม่ใช่หรือแบ่งปัน PHI ของคุณโดยไม่ได้รับการอนุมัติเป็นลายลักษณ์อักษรจากคุณ โดยมีข้อยกเว้นตามที่ระบุในประกาศฉบับนี้ หรือได้รับอนุญาตจากกฎหมายของรัฐบาลกลางหรือกฎหมายของรัฐ เราจะไม่ใช่หรือเปิดเผย PHI ของคุณ

เพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด หรือขายข้อมูลสุขภาพของคุณโดยไม่ได้รับอนุญาต หากคุณลงนามการอนุมัติแต่เปลี่ยนใจในภายหลัง โปรดแจ้งให้เราทราบเป็นลายลักษณ์อักษร การทำเช่นนี้จะยับยั้งการใช้และการเปิดเผย PHI ของคุณในอนาคต แต่จะไม่กำหนดให้เราต้องปกปิดข้อมูลใดๆ ที่เปิดเผยไปแล้วให้เป็นความลับอีกครั้ง

### หน้าที่รับผิดชอบที่เรามีต่อคุณ

- กฎหมายกำหนดให้เรารักษาความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของ PHI ของคุณ
- เราต้องปฏิบัติตามทั้งกฎหมายของรัฐบาลกลางและกฎหมายของรัฐเมื่อใช้และเปิดเผย PHI ของคุณ กฎหมายบางฉบับให้ความคุ้มครองเพิ่มเติมสำหรับข้อมูลด้านสุขภาพจิต, การติ่มแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด, HIV/AIDS และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกรณีที่ทั้งกฎหมายของรัฐบาลกลางและกฎหมายของรัฐให้ความคุ้มครองที่คล้ายคลึงกัน โดยปกติแล้วเราจะปฏิบัติตามกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองสิทธิ ความเป็นส่วนตัว หรือ PHI ของคุณมากกว่า
- เราต้องปฏิบัติตามหน้าที่และแนวทางปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวที่ระบุไว้ในประกาศฉบับนี้ และเพื่อมอบสำเนาประกาศฉบับนี้แก่คุณ
- เราจะไม่ใช่หรือแบ่งปันข้อมูลของคุณนอกเหนือจากที่ระบุไว้ในประกาศฉบับนี้ เว้นแต่คุณจะแจ้งให้เราทราบเป็นลายลักษณ์อักษรว่าเราสามารถทำเช่นนั้นได้ หากคุณแจ้งให้เราทราบว่าเราสามารถทำได้ คุณอาจเปลี่ยนใจได้ในภายหลัง โปรดแจ้งให้เราทราบเป็นลายลักษณ์อักษรหากคุณเปลี่ยนใจ
- เราจะแจ้งให้คุณทราบทันทีหากเกิดการละเมิดข้อมูลที่อาจส่งผลกระทบต่อความเป็นส่วนตัวหรือความปลอดภัยของข้อมูลของคุณ

หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดูที่: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.htm](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.htm)

### การเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดของประกาศฉบับนี้

เราขอสงวนสิทธิ์ที่จะเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดของประกาศฉบับนี้ได้ทุกเมื่อ และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมีผลกับข้อมูลทั้งหมดที่เรามีเกี่ยวกับคุณ โดยเราจะเผยแพร่ประกาศฉบับใหม่บนเว็บไซต์ของเรา คุณยังสามารถขอรับสำเนาประกาศนี้ได้ที่สำนักงานหลายแห่งของเรา หรือติดต่อไปยัง Pacific Clinics ตามที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ที่ระบุไว้ในหน้า 1

### ประกาศเกี่ยวกับการไม่เลือกปฏิบัติ

Pacific Clinics ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสิทธิพลเมืองของรัฐบาลกลางที่บังคับใช้และไม่เลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติ สีผิว ถิ่นกำเนิด อายุ ความพิการ หรือเพศ

*โปรดทราบ:* เราให้บริการความช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายหากคุณสื่อสารด้วยภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ โทรติดต่อ (626) 228-5000