

Thông Báo Bảo Mật (HIPAA – Notice Privacy)

Thông báo này mô tả cách thức thông tin khám bệnh của bạn có thể được sử dụng và tiết lộ và làm cách nào bạn có thể truy cập những thông tin này. Vui lòng xem lại. Cập nhật 11/20/2013

Thông Báo Thực Hành Bảo Mật này KHÔNG phải là một giấy cho phép. Thông Báo Thực Hành Bảo Mật này mô tả cách chúng tôi, những Đối Tác Làm Việc của chúng tôi và các nhà thầu phụ của họ, có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo mật của bạn (PHI) để tiến hành điều trị, thanh toán hay các hoạt động chăm sóc sức khỏe và cho các mục đích khác được cho phép hoặc theo yêu cầu của pháp luật. Nó cũng mô tả các quyền của bạn để truy cập và kiểm soát thông tin sức khỏe được bảo mật của bạn. Thông tin sức khỏe được bảo mật là thông tin về bạn, bao gồm cả thông tin nhân khẩu, mà có thể xác định bạn và những thông tin liên quan đến thể chất hoặc sức khỏe tâm thần hoặc điều kiện và dịch vụ chăm sóc sức khỏe có liên quan trong quá khứ, hiện tại và tương lai.

Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Mật

Thông tin sức khỏe được bảo mật của bạn có thể được sử dụng và tiết lộ bởi bác sĩ của bạn, nhân viên văn phòng của chúng tôi và những người khác bên ngoài văn phòng của chúng tôi có liên quan đến việc chăm sóc và điều trị cho bạn nhằm mục đích cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bạn, thanh toán hóa đơn chăm sóc sức khỏe, hỗ trợ hoạt động khám bệnh của bác sĩ, và những cách dùng khác theo yêu cầu của pháp luật.

Điều Trị

Chúng tôi sẽ sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của bạn để cung cấp, phối hợp, hay quản lý việc chăm sóc sức khỏe cho bạn và các dịch vụ liên quan. Việc này bao gồm cả sự hợp tác hay quản lý của nơi chăm sóc sức khỏe cho bạn với bên thứ ba. Ví dụ, thông tin sức khỏe được bảo mật của bạn có thể được cung cấp cho một bác sĩ mà bạn được giới thiệu đến để đảm bảo rằng bác sĩ đó có thông tin cần thiết để chuẩn đoán và điều trị cho bạn.

Ngoài ra, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo mật của bạn theo thời gian tới một bác sĩ hay bên chăm sóc sức khỏe khác (ví dụ, một chuyên gia hoặc phòng thí nghiệm) mà, theo đề nghị của bác sĩ của bạn, có liên quan đến việc chăm sóc cho bạn bằng cách cung cấp các hỗ trợ chuẩn đoán hay khám bệnh cho bác sĩ của bạn.

Thanh Toán

Thông tin sức khỏe được bảo mật của bạn sẽ được dùng, khi cần thiết, để thu được thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn. Ví dụ, việc có được sự chấp thuận cho một thủ tục chữa bệnh hay nhập viện đòi hỏi rằng thông tin sức khỏe được bảo mật có liên quan đến bạn phải được tiết lộ đến nơi bảo hiểm sức khỏe để có được sự chấp thuận cho thủ tục chữa bệnh hay nhập viện.

Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ, khi cần thiết, thông tin PHI của bạn để hỗ trợ các hoạt động công việc khám chữa bệnh của bác sĩ của bạn. Các hoạt động này bao gồm, không bị giới hạn, hoạt động đánh giá chất lượng, hoạt động đánh giá nhân viên, huấn luyện sinh viên, cấp phép, gây quỹ, và tiến hành hay sắp xếp các hoạt động công việc khác. Ví dụ, chúng tôi có thể dùng một tờ ký tên báo có mặt tại quầy đăng ký nơi bạn sẽ được yêu cầu ký tên của bạn và cho biết người bác sĩ của bạn. Chúng tôi cũng có thể gọi tên bạn trong phòng chờ khi người bác sĩ sẵn sàng khám bệnh. Chúng tôi có thể sử dụng hay tiết lộ thông tin PHI của bạn, khi cần, để liên lạc bạn nhắc nhở về lịch hẹn, và thông báo cho bạn các giải pháp điều trị khác hay lợi ích và dịch vụ y tế có liên quan mà bạn có thể quan tâm. Nếu chúng tôi sử dụng hay tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo mật của bạn cho hoạt động gây quỹ, chúng tôi sẽ cung cấp cho bạn sự lựa chọn để không tham gia có hoạt động này. Bạn cũng có thể chọn tham gia trở lại sau.

Chúng tôi có thể sử dụng hay tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo mật của bạn trong các trường hợp sau đây mà không cần sự cho phép. Những trường hợp này bao gồm:

- Theo Yêu Cầu Bởi Pháp Luật
- Các vấn đề Sức Khỏe Công Cộng theo yêu cầu bởi pháp luật
- Các Bệnh Truyền Nhiễm
- Giám Sát Y Tế

- Lạm Dụng hoặc Bỏ Bê
- Các yêu cầu của Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm
- Các Kiện Tụng theo Pháp Luật
- Việc Thực Thi Pháp Luật
- Các Nhân Viên Điều Tra Tử Vong Bất Thường
- Giám Đốc Nhà Tang Lễ
- Hiến Tặng Bộ Phận Cơ Thể
- Nghiên Cứu
- Hoạt Động Tội Phạm
- Hoạt Động Quân Sự
- An Ninh Quốc Gia
- Bồi Thường Lao Động
- Tù Nhân
- Sử Dụng và Tiết Lộ Theo Yêu Cầu

Theo pháp luật, chúng tôi phải tiết lộ thông tin cho bạn theo yêu cầu của bạn, Theo pháp luật, chúng tôi cũng phải tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo mật của bạn khi được yêu cầu bởi Bộ Trưởng Bộ Dịch Vụ Y tế và Con Người để điều tra hay xác định sự tuân thủ các yêu cầu của chúng tôi..

Chúng tôi sẽ chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo mật của bạn cho bên thứ ba “những đối tác làm việc” mà thực hiện các hoạt động khác (như dịch vụ gửi hóa đơn, sao chép) để thực thi. Mỗi khi có thỏa thuận giữa văn phòng của chúng tôi và một bên đối tác có liên quan đến việc sử dụng hay tiết lộ thông tin PHI của bạn, chúng tôi sẽ có hợp đồng bằng văn bản bao gồm những điều khoản để bảo vệ sự riêng tư của thông tin PHI của bạn.

Những Người Khác Có Tham Gia Vào Việc Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Bạn:

Trừ khi bạn phản đối, chúng tôi sẽ tiết lộ tới một thành viên của gia đình bạn, một người họ hàng, một người bạn thân hay bất kỳ người nào khác mà bạn chỉ định, thông tin PHI của bạn mà có liên quan trực tiếp đến sự tham gia của người đó vào việc chăm sóc sức khỏe cho bạn. Nếu bạn không thể đồng ý hay phản đối việc tiết lộ này, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin này khi cần nếu chúng tôi xác định rằng vì lợi ích tốt nhất cho bạn dựa trên các đánh giá chuyên môn của chúng tôi. Chúng tôi có thể sử dụng hay tiết lộ PHI để thông báo hay hỗ trợ trong việc thông báo tới thành viên gia đình bạn, người đại diện hay bất kỳ người nào khác mà chịu trách nhiệm chăm sóc nơi ở, điều kiện thông thường hay tử vong cho bạn. Cuối cùng, chúng tôi có thể sử dụng hay tiết lộ thông tin PHI của bạn tới một tổ chức tư nhân hoặc công cộng có thẩm quyền để hỗ trợ cho các nỗ lực cứu trợ thiên tai và để phối hợp việc sử dụng và tiết lộ tới gia đình hay cá nhân khác có tham gia chăm sóc sức khỏe cho bạn.

Trường Hợp Khẩn Cấp: Chúng tôi có thể sử dụng hay tiết lộ thông tin PHI của bạn trong trường hợp điều trị khẩn cấp. Nếu điều này xảy ra, bác sĩ của bạn sẽ cố gắng nhận được sự đồng ý của bạn càng sớm càng tốt sau khi thực hiện điều trị. Nếu bác sĩ của bạn hay người nào khác trong quá trình chữa bệnh được pháp luật yêu cầu chữa trị cho bạn và người bác sĩ đã cố gắng có được sự đồng ý của bạn nhưng không thể, bác sĩ đó sẽ sử dụng hay tiết lộ thông tin PHI để chữa trị cho bạn.

Các Rào Cản Giao Tiếp: Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin PHI của bạn nếu bác sĩ của bạn hay bác sĩ khác trong quá trình chữa bệnh đã cố gắng có được sự đồng ý từ bạn nhưng không thể vì các rào cản giao tiếp đáng kể và người bác sĩ xác định, dùng đánh giá chuyên môn, rằng bạn dự định đồng ý cho sử dụng và tiết lộ trong một vài trường hợp.

Sử Dụng và Tiết Lộ theo Sự Cho Phép hay Yêu Cầu Khác sẽ được thực hiện chỉ khi có sự đồng ý, sự cho phép hay cơ hội phản đối của bạn, trừ khi được yêu cầu bởi pháp luật. Không có sự cho phép của bạn, chúng tôi rõ ràng bị cấm sử dụng hay tiết lộ thông tin PHI của bạn cho mục đích tiếp thị. Chúng tôi không thể bán thông tin PHI của bạn mà không được cho phép. Chúng tôi không thể sử dụng hay tiết lộ hầu hết các ghi chú chữa trị tâm lý có trong thông tin PHI. Chúng tôi không thể sử dụng hay tiết lộ bất kỳ thông tin PHI nào có thông tin về di truyền mà sẽ được dùng cho mục đích bảo hiểm.

Bạn có thể Rút Lại Giấy Cho Phép này vào bất kỳ lúc nào, bằng văn bản, trừ trường hợp bác sĩ của bạn hay việc chữa trị của bác sĩ đã được thực hiện dựa vào việc sử dụng hay tiết lộ được trình bày trong giấy phép.

Các Quyền Của Bạn

Sau đây là phần trình bày về các quyền của bạn đối với thông tin sức khỏe được bảo mật của bạn.

Bạn có quyền kiểm tra và nhận được một bản sao thông tin sức khỏe được bảo mật của bạn (có thể có lệ phí) Căn cứ văn bản đề nghị của bạn, bạn có quyền kiểm tra và nhận một bản sao thông tin PHI của bạn bằng giấy hay dưới dạng điện tử.

Tuy nhiên theo luật liên bang, bạn không thể kiểm tra hay sao chép các hồ sơ sau đây: ghi chú chữa trị tâm lý, thông tin thu thập cho việc dự đoán hợp lý, hay sử dụng trong, một hoạt động dân sự, hình sự, thông tin sức khỏe được bảo mật bị hạn chế bởi luật, thông tin có liên quan đến nghiên cứu y tế mà bạn đồng ý tham gia, thông tin mà việc tiết lộ có thể gây hại hoặc gây thương tích cho bạn hay người khác, hoặc thông tin nằm trong các lời hứa giữ bí mật.

Bạn có quyền đề nghị có sự hạn chế đối với thông tin sức khỏe được bảo mật của bạn. Điều này có nghĩa bạn có thể yêu cầu chúng tôi không sử dụng hay tiết lộ bất kỳ phần nào trong thông tin PHI của bạn cho mục đích điều trị, thanh toán hay hoạt động chăm sóc sức khỏe khác. Bạn cũng có thể đề nghị thông tin PHI của bạn sẽ không được tiết lộ tới thành viên gia đình hay bạn bè có tham gia chăm sóc sức khỏe bạn. Đề nghị của bạn phải nêu rõ yêu cầu hạn chế cụ thể và đối tượng bạn muốn áp dụng. Bác sĩ của bạn không bắt buộc phải đồng ý các yêu cầu hạn chế trừ khi nếu bạn yêu cầu rằng người bác sĩ không được tiết lộ thông tin PHI cho nơi bảo hiểm y tế liên quan đến chăm sóc sức khỏe mà bạn đã thanh toán đầy đủ.

Bạn có quyền đề nghị nhận liên lạc bí mật từ chúng tôi bằng các phương tiện hoặc nơi khác. Chúng tôi sẽ đáp ứng các yêu cầu hợp lý. Chúng tôi cũng có thể đặt điều kiện cho các tiện nghi này bằng cách hỏi bạn thông tin như cách thanh toán nào sẽ được sử dụng hay chi tiết kỹ thuật của địa chỉ thay thế hay phương thức liên lạc khác.

Bạn có quyền nhận một bản sao của thông báo này từ chúng tôi, theo yêu cầu. Chúng tôi giữ quyền thay đổi các điều khoản của thông báo này và chúng tôi sẽ thông báo cho bạn những thay đổi đó trong buổi hẹn kế tiếp. Chúng tôi cũng sẽ có những bản sao của thông báo mới nếu bạn muốn nhận được.

Bạn có quyền đề nghị sửa đổi thông tin sức khỏe được bảo mật của bạn. Trong một vài trường hợp, chúng tôi có thể từ chối các đề nghị sửa đổi. Nếu chúng tôi từ chối đề nghị sửa đổi của bạn, bạn có quyền nộp văn bản trình bày sự không đồng ý với chúng tôi và chúng tôi có thể chuẩn bị một sự từ chối đến văn bản của bạn và sẽ cung cấp cho bạn một bản sao của lời từ chối này.

Bạn có quyền nhận văn bản giải thích các tiết lộ chúng tôi đã thực hiện, nếu có, về thông tin sức khỏe được bảo mật của bạn. Bạn có thể đề nghị một văn bản giải thích các tiết lộ, bằng giấy hay điện tử, trừ các tiết lộ sau: theo sự cho phép, cho mục đích điều trị, thanh toán, hoạt động chăm sóc sức khỏe; theo yêu cầu bởi luật pháp, mà xảy ra 6 năm trước ngày đề nghị.

Khiếu Nại

Bạn có thể khiếu nại tới chúng tôi hoặc tới nơi khác nếu bạn tin rằng quyền riêng tư của bạn bị chúng tôi vi phạm. Bạn có thể nộp khiếu nại cho chúng tôi bằng văn bản bằng cách thông báo cho Nhân Viên Tuân Thủ của chúng tôi các khiếu nại của bạn. **Chúng tôi sẽ không trả đũa bạn về việc gửi đơn khiếu nại.**

Pháp luật yêu cầu chúng tôi duy trì sự riêng tư, và cung cấp cho các cá nhân, thông báo này về trách nhiệm pháp lý và chính sách riêng tư của chúng tôi về thông tin PHI.

Thông tin liên hệ Nhân Viên Tuân Thủ (Compliance Officer) được liệt kê bên dưới:

Mao Vue mvue@asiaohio.org

330-535-3263

Ngày bản Thông Báo Thực hành Bảo Mật này bắt đầu có hiệu lực là ngày 20 tháng 11, năm 2013.



Mẫu Cho Phép

Hồ sơ khám bệnh số#:

Tên:

Cho Phép

Thông tin được viết trong mẫu đơn này được giữ kín và được sử dụng để xem lại tình hình hiện tại của bạn.
Cho Phép làm Đại Diện

Mục Đích

Tôi, người ký tên dưới đây cho phép nhân viên của Trung tâm Sức Khỏe Cộng Đồng Quốc Tế thảo luận và cung cấp những bản sao của hồ sơ khám bệnh và tài chính của tôi trong nỗ lực tìm kiếm nguồn thông tin tài chính và sức khỏe thay cho tôi.

Cho Phép Phát Hành Thông Tin

Thông Tin Khám Bệnh

Sự cho phép này bao gồm việc phát hành đến Trung Tâm Sức Khỏe Cộng Đồng Quốc Tế tất cả thông tin bệnh viện và khám bệnh, điện tâm đồ, hồ sơ dị ứng và chủng ngừa, báo cáo thí nghiệm, chụp X-quang và mắt.

Tôi cũng đặc biệt cho phép việc phát hành đến Trung Tâm Sức Khỏe Cộng Đồng Quốc Tế thông tin sức khỏe tâm thần, rượu, HIV (AIDS), lạm dụng ma túy và sự phát triển khuyết tật liên quan đến cuộc sống của tôi.

Thông Tin Tài Chính

Sự cho phép này bao gồm cả việc phát hành đến Trung Tâm Sức Khỏe Cộng Đồng Quốc Tế bất kỳ báo cáo tài chính, báo cáo kinh doanh, bảng lương hay thông tin tiền phúc lợi từ nơi tôi làm việc trước đây hay hiện tại, ngân hàng hay các tổ chức tài chính khác, các ban sở tín dụng hay cơ quan nhà nước. Việc này nhằm mục đích xác minh mức bảo hiểm y tế và thanh toán thích hợp.

Thông Tin Liên Quan Khác

Cuối cùng, tôi cho phép việc phát hành đến Trung Tâm Sức Khỏe Cộng Đồng Quốc Tế bất kỳ thông tin có liên quan nào khác, bao gồm báo cáo hay đánh giá liên quan đến tâm lý, xã hội, hướng nghiệp, phục hồi chức năng, hay giáo dục.

Tôi cho phép việc phát hành thông tin kể trên từ trước và cho đến ngày tôi ký tên, và sau một năm kể từ ngày tôi ký tên.

Tôi hiểu rằng tôi phải thông báo bằng văn bản để hủy bỏ giấy cho phép này. Tôi cũng hiểu rằng một bản sao của giấy cho phép này có giá trị tương đương bản gốc.

Tôi cam đoan những thông tin bên trên là chính xác và đầy đủ theo sự hiểu biết của tôi.

Chữ ký của Người Chịu Trách Nhiệm: _____ Ngày: _____

Chữ ký của Bệnh Nhân: _____ Ngày: _____

Tùy Chọn:

Tôi cũng cho phép _____, là người _____, thảo luận tình trạng
(tên của một cá nhân) (xác định mối quan hệ)
đơn của tôi với bất kỳ nhân viên nào của Trung Tâm Sức Khỏe Cộng Đồng Quốc Tế.

Nếu ký bởi ai khác ngoài bệnh nhân, nêu mối quan hệ và thẩm quyền thực hiện.

Bệnh nhân là: trẻ nhỏ / không đủ năng lực / khuyết tật

Thẩm quyền của bạn: cha mẹ / đại diện pháp lý / người giám hộ hợp pháp

Dành cho Người Đại Diện ICHC

Tên (viết hoa): _____ Chữ ký: _____ Ngày: _____



Mẫu Xác Nhận Đồng Ý

Tên Bệnh Nhân: _____

Hồ Sơ Khám Bệnh Số # _____

1. Đồng ý cho điều trị: _____(viết tắt)

Tôi đồng ý cho Trung Tâm Sức Khỏe Cộng Đồng Quốc Tế và tất cả các phòng ban trực thuộc thực hiện bất kỳ dịch vụ sức khỏe và điều trị bệnh nào cần thiết cho tôi mà phù hợp với các chính sách và thủ tục của Trung Tâm Sức Khỏe. Tôi hiểu rằng tôi có quyền từ chối bất kỳ hay tất cả các cách điều trị được đề nghị.

2. Đồng ý cho Chia Sẻ Hồ Sơ Khám Bệnh: _____(viết tắt)

Tôi hiểu rằng thông tin hồ sơ khám bệnh của tôi có thể được chia sẻ giữa các phòng ban khác nhau của Trung Tâm Sức Khỏe Cộng Đồng Quốc Tế. Những thông tin được chia sẻ chỉ để giúp cho việc đánh giá và quản lý chăm sóc sức khỏe của tôi.

Tôi cũng hiểu rằng bất cứ lúc nào trong quá trình điều trị bệnh, việc giới thiệu đến một chuyên gia là cần thiết, kết quả xét nghiệm và/hoặc các thông tin chi tiết nào đó từ hồ sơ khám bệnh có thể được chuyển đến chuyên gia đó. Việc làm này chỉ đơn thuần để hỗ trợ cho việc đánh giá được trọn vẹn.

Tôi đồng ý cho Trung Tâm Sức Khỏe Cộng Đồng Quốc Tế lấy hồ sơ khám bệnh của tôi ra để xem lại cho mục đích Kiểm Toán và/hoặc Đánh Giá. (Mục đích của việc xem lại này là để nâng cao việc chăm sóc bệnh nhân và tuân thủ theo các yêu cầu chăm sóc quản lý). Tôi hiểu rằng các thông tin nhận dạng như tên và địa chỉ sẽ không bị ghi chép lại trong suốt quá trình xem lại.

3. Bảo mật: _____(viết tắt)

Tôi hiểu rằng Trung Tâm Sức Khỏe Quốc Tế sử dụng chính sách bảo mật và riêng tư về thông tin khám bệnh của tôi rất nghiêm ngặt. Tôi đã nhận được bản trình bày chính sách bảo mật và riêng tư của Trung Tâm Sức Khỏe và đã đọc toàn bộ thông tin.

Tôi hiểu rằng sự đồng ý hoàn toàn này sẽ có hiệu lực trong suốt quá trình tôi sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại Trung Tâm Sức Khỏe Cộng Đồng Quốc Tế.

Chữ ký của Bệnh Nhân

Ngày

Chữ ký của Cha Mẹ/Người Giám Hộ

Chữ ký của Người Làm Chứng