|  |  |
| --- | --- |
| Logo, company name  Description automatically generated | **THÔNG BÁO VỀ THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ** |

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH CÁC THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ VÀ

VÀ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TIẾP CẬN CÁC THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG ĐỌC KỸ.

Trung tâm Y tế Khu phố (Neighborhood Health Center) tôn trọng quyền riêng tư của quý vị. Chúng tôi sẽ không tiết lộ thông tin của quý vị cho những người khác trừ khi quý vị yêu cầu chúng tôi làm như vậy hoặc trừ khi luật pháp cho phép hoặc yêu cầu chúng tôi làm như vậy. Tất cả các đại lý của NHC có trách nhiệm tuân thủ các điều khoản và điều kiện của thông báo này, duy trì quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị và cung cấp cho quý vị thông báo về các nghĩa vụ pháp lý và thực hành quyền riêng tư của NHC. Thông báo này áp dụng cho thông tin và hồ sơ chúng tôi có về quý vị, sức khỏe, tình trạng sức khỏe của quý vị cũng như dịch vụ và chăm sóc sức khỏe mà quý vị nhận được tại tất cả các phòng khám chăm sóc chính, phòng khám nha khoa, Trung tâm Y tế tại Trường và nhà thuốc của Trung tâm Y tế Khu phố. Thông tin sức khỏe của quý vị có thể bao gồm thông tin do Trung tâm Y tế Khu phố tạo và nhận, có thể ở dạng hồ sơ dạng văn bản hoặc điện tử hoặc lời, và có thể bao gồm thông tin về lịch sử sức khỏe, tình trạng sức khỏe, triệu chứng, kiểm tra, kết quả xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị, thủ thuật, đơn thuốc, hoạt động thanh toán liên quan và các loại thông tin liên quan đến sức khỏe tương tự.

Chúng tôi được yêu cầu của pháp luật để cung cấp cho quý vị thông báo này. Nó sẽ cho quý vị biết về những cách mà chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị và mô tả các quyền của quý vị và nghĩa vụ của chúng tôi về việc sử dụng và tiết lộ thông tin đó.

 **VIỆC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN CỦA CHÚNG TÔI**

Chúng tôi thường sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị theo những cách sau:

**Để Điều trị.** Chúng tôi có thể sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị để cung cấp dịch vụ hoặc điều trị y tế cho quý vị. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe về quý vị cho các bác sĩ, nha sĩ, nhà hành vi học, y tá, kỹ thuật viên, dược sĩ, nhân viên hoặc nhân viên NHC khác có liên quan đến việc chăm sóc cho quý vị.

*Ví dụ: Bác sĩ điều trị chấn thương cho quý vị* *sẽ hỏi một bác sĩ khác về tình trạng sức khỏe tổng thể của quý vị để đảm bảo rằng họ đang đưa ra quyết định điều trị đúng đắn cho quý vị.*

Các nhân viên khác nhau trong tổ chức của chúng tôi có thể chia sẻ thông tin về quý vị và tiết lộ thông tin cho những người không làm việc cho Trung tâm Y tế Khu phố để điều phối dịch vụ chăm sóc cho quý vị, chẳng hạn như gọi điện thoại đến nhà thuốc kê đơn thuốc của quý vị, lên lịch xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và yêu cầu chụp x-quang. Các thành viên gia đình và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có thể tham gia chăm sóc y tế cho quý vị bên ngoài văn phòng này và có thể yêu cầu thông tin về quý vị. Chúng tôi sẽ xin phép quý vị trước khi chia sẻ thông tin sức khỏe với gia đình hoặc người chăm sóc của quý vị trừ khi quý vị không thể cho phép tiết lộ như vậy do tình trạng sức khỏe của quý vị.

**Để Thanh toán.** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe về quý vị để lập hóa đơn và nhận thanh toán từ các chương trình sức khỏe hoặc các tổ chức khác.

 *Ví dụ: Chúng tôi cung cấp thông tin về quý vị cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị để chương trình này sẽ thanh toán cho các dịch vụ của quý vị.*

**Cho các Hoạt động Chăm sóc Sức khỏe.** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị để điều hành Trung tâm Y tế Khu phố, cải thiện dịch vụ chăm sóc của quý vị và liên hệ với quý vị khi cần thiết.

*Ví dụ: Chúng tôi xem xét thông tin sức khỏe của quý vị để đánh giá hiệu suất của nhân viên và xác định nhu cầu đào tạo.*

**CÁC TÌNH HƯỚNG ĐẶC BIỆT**

Chúng tôi được phép hoặc bắt buộc phải chia sẻ thông tin của quý vị theo những cách khác – thường là theo những cách đóng góp cho lợi ích chung, chẳng hạn như nghiên cứu và y tế công cộng. Chúng tôi phải đáp ứng nhiều điều kiện trong luật trước khi có thể chia sẻ thông tin của quý vị cho những mục đích này. Để biết thêm thông tin, hãy xem: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

**Trợ giúp về các vấn đề sức khỏe và an toàn công cộng:**  Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị trong các trường hợp sau:

* Phòng ngừa bệnh
* Hỗ trợ thu hồi sản phẩm
* Báo cáo phản ứng bất lợi với thuốc
* Báo cáo nghi ngờ lạm dụng, bỏ mặc hoặc bạo lực gia đình
* Ngăn chặn hoặc giảm bớt mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe hoặc sự an toàn của bất kỳ ai

**Tuân thủ luật pháp:** Chúng tôi sẽ chia sẻ thông tin về quý vị nếu luật tiểu bang hoặc liên bang yêu cầu, kể cả với Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh nếu họ muốn thấy rằng chúng tôi tuân thủ luật về quyền riêng tư của liên bang.

**Nghiên cứu.** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho các dự án nghiên cứu tuân theo quy trình phê duyệt đặc biệt. Chúng tôi sẽ xin phép quý vị nếu nhà nghiên cứu có quyền truy cập vào tên, địa chỉ hoặc thông tin khác có thể nhận dạng quý vị.

**Hiến tặng Nội tạng và Mô.** Nếu quý vị là người hiến tặng nội tạng, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho các tổ chức xử lý việc thu mua nội tạng.

**Giải quyết việc bồi thường cho người lao động, thực thi pháp luật và các yêu cầu khác của chính phủ:** Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho các mục đích sau:

* Yêu cầu bồi thường cho người lao động
* Các mục đích thực thi pháp luật
* Các cơ quan giám sát sức khỏe đối với các hoạt động được pháp luật cho phép.
* Chức năng đặc biệt của chính phủ như quân đội, an ninh quốc gia và các dịch vụ bảo vệ tổng thống.

**Các Vụ kiện và Tranh chấp.** Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị để đáp ứng lệnh của tòa án hoặc hành chính, hoặc để đáp ứng trát đòi hầu tòa.

**Điều tra viên, Nhân viên Giám định Y tế và Giám đốc Tang lễ.** Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe cho điều tra, giám đốc tang lễ hoặc nhân viên giám định y tế. Điều này có thể cần thiết, ví dụ, để xác định một người đã tử vong hoặc xác định nguyên nhân tử vong.

**Gây Quỹ.** Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị để nỗ lực gây quỹ, nhưng quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không liên hệ lại với quý vị.

**Gia đình và Bạn bè.** Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe về quý vị cho các thành viên gia đình hoặc bạn bè của quý vị nếu chúng tôi được quý vị đồng ý bằng lời hoặc nếu chúng tôi cho quý vị cơ hội phản đối việc tiết lộ đó và quý vị không đưa ra phản đối. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin sức khỏe cho gia đình hoặc bạn bè của quý vị nếu chúng tôi có thể suy luận từ hoàn cảnh, dựa trên đánh giá chuyên môn của chúng tôi rằng quý vị sẽ không phản đối. Ví dụ: chúng tôi có thể cho rằng quý vị đồng ý với việc chúng tôi tiết lộ thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị cho vợ/chồng của quý vị khi quý vị đưa vợ/chồng của mình vào phòng khám trong khi điều trị hoặc trong khi thảo luận về việc điều trị.

Trong các tình huống mà quý vị không thể đưa ra sự đồng ý (vì quý vị không có mặt hoặc do tình trạng không đủ năng lực hoặc trường hợp khẩn cấp về y tế), chúng tôi có thể sử dụng phán đoán chuyên môn của mình để xác định rằng việc tiết lộ thông tin cho thành viên gia đình hoặc bạn bè của quý vị là vì lợi ích tốt nhất của quý vị. Trong tình huống đó, chúng tôi sẽ chỉ tiết lộ thông tin sức khỏe liên quan đến sự tham gia của người đó trong việc chăm sóc cho quý vị.

 **CÁC TRÁCH NHIỆM CỦA CHÚNG TÔI**

Theo yêu cầu của pháp luật, chúng tôi phải duy trì quyền riêng tư và bảo mật thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị. Nếu xảy ra vi phạm có thể ảnh hưởng đến quyền riêng tư hoặc bảo mật thông tin của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo ngay cho quý vị.

Chúng tôi phải tuân theo các nhiệm vụ và thực hành quyền riêng tư được mô tả trong thông báo này và cung cấp cho quý vị một bản sao. Trong trường hợp bệnh nhân là trẻ vị thành niên, thông báo sẽ được gửi cho cả bệnh nhân và cha mẹ hoặc người giám hộ của trẻ vị thành niên.

Chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho bất kỳ mục đích nào khác ngoài những mục đích được xác định trong các phần trước mà không có sự cho phép cụ thể bằng văn bản của quý vị. Chúng tôi cần có sự cho phép bằng văn bản để sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị cho các mục đích tiếp thị, chia sẻ các ghi chú trị liệu tâm lý và bán thông tin của quý vị. Quý vị có thể rút lại sự cho phép đó bằng văn bản bất cứ lúc nào. Nếu quý vị thu hồi sự cho phép của mình, chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ thông tin về quý vị nữa vì những lý do được nêu trong văn bản cho phép của quý vị, nhưng chúng tôi không thể rút lại bất kỳ việc sử dụng hoặc tiết lộ nào đã được thực hiện với sự cho phép của quý vị.

Để biết thêm thông tin, hãy xem: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/ understanding/consumers/noticepp.html.

**CÁC ĐIỀU KHOẢN CỦA THỎA THUẬN CHĂM SÓC SỨC KHỎE CÓ TỔ CHỨC**

(Neighborhood Health Center) Trung tâm Y tế Khu phố là một phần của thỏa thuận chăm sóc sức khỏe có tổ chức bao gồm những người tham gia OCHIN. Danh sách hiện tại của những người tham gia OCHIN có sẵn tại www.ochin.org với tư cách là đối tác kinh doanh của Trung tâm Y tế Khu phố, OCHIN cung cấp công nghệ thông tin và các dịch vụ liên quan cho Trung tâm Y tế Khu phố và những người tham gia khác của OCHIN. OCHIN cũng thay mặt cho những người tham gia tham gia vào các hoạt động đánh giá và cải tiến chất lượng. Ví dụ: OCHIN thay mặt các tổ chức tham gia điều phối các hoạt động đánh giá lâm sàng để thiết lập các tiêu chuẩn thực hành tốt nhất và đánh giá các lợi ích lâm sàng có thể thu được từ việc sử dụng hệ thống hồ sơ sức khỏe điện tử. OCHIN cũng giúp những người tham gia hợp tác làm việc để cải thiện việc quản lý việc giới thiệu bệnh nhân nội bộ và bên ngoài. Thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị có thể được Trung tâm Y tế Khu phố chia sẻ với những người tham gia OCHIN khác hoặc chỉ trao đổi thông tin sức khỏe khi cần thiết để điều trị y tế hoặc cho các mục đích hoạt động chăm sóc sức khỏe của thỏa thuận chăm sóc sức khỏe có tổ chức. Hoạt động chăm sóc sức khỏe có thể bao gồm, trong số những thứ khác, mã hóa địa lý vị trí cư trú của quý vị để cải thiện các lợi ích y tế mà quý vị nhận được.

Thông tin sức khỏe cá nhân có thể bao gồm thông tin y tế trong quá khứ, hiện tại và tương lai cũng như thông tin được nêu trong Quy tắc về Quyền riêng tư. Thông tin, trong phạm vi được tiết lộ, sẽ được tiết lộ phù hợp với Quy tắc về Quyền riêng tư hoặc bất kỳ luật hiện hành nào khác được sửa đổi tùy từng thời điểm. Quý vị có quyền thay đổi ý định và rút lại sự đồng ý này, tuy nhiên, thông tin có thể đã được cung cấp theo sự cho phép của quý vị. Sự đồng ý này sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi quý vị thu hồi bằng văn bản. Nếu được yêu cầu, quý vị sẽ được cung cấp một danh sách các tổ chức mà thông tin của quý vị đã được tiết lộ.

**CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ**

Quý vị có các quyền sau đối với thông tin sức khỏe của mình:

**Quyền Kiểm tra và Sao chép.** Quý vị có quyền truy cập thông tin sức khỏe của mình, chẳng hạn như hồ sơ y tế và hóa đơn, mà chúng tôi lưu giữ và sử dụng để đưa ra quyết định về việc chăm sóc cho quý vị. Quý vị phải gửi một bản Tiết lộ Thông tin bằng văn bản cho phòng khám NHC của quý vị để lấy một bản sao hồ sơ của quý vị.

**Quyền Sửa đổi.** Nếu quý vị tin rằng thông tin sức khỏe mà chúng tôi có về quý vị là không chính xác hoặc không đầy đủ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi sửa thông tin đó. Hãy hỏi chúng tôi cách để làm điều này.

Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu sửa đổi của quý vị nếu yêu cầu của quý vị không phải bằng văn bản hoặc không bao gồm lý do hỗ trợ cho yêu cầu đó. Ngoài ra, chúng tôi có thể từ chối hoặc từ chối một phần yêu cầu của quý vị nếu quý vị yêu cầu chúng tôi sửa đổi thông tin:

* Chúng tôi không tạo, trừ khi người hoặc tổ chức tạo thông tin không còn có sẵn để thực hiện sửa đổi;
* không phải là một phần của thông tin sức khỏe mà chúng tôi lưu giữ;
* Quý vị sẽ không được phép kiểm tra và sao chép;
* Là chính xác và đầy đủ.

**Quyền Nhận được một Bản giải trình về Tiết lộ Thông tin.** Quý vị có quyền yêu cầu nhận được một bản giải trình về tiết lộ thông tin. Đây là danh sách về các tiết lộ thông tin mà chúng tôi đã thực hiện đối với thông tin y tế về quý vị cho các mục đích khác ngoài việc điều trị, thanh toán, hoạt động chăm sóc sức khỏe, khi được quý vị cho phép cụ thể và một số trường hợp đặc biệt hạn chế liên quan đến an ninh quốc gia, cơ sở cải huấn và thực thi pháp luật.

Để nhận được danh sách này, quý vị phải gửi yêu cầu bằng văn bản cho Thư ký Lập hóa đơn. Yêu cầu phải nêu rõ một khoảng thời gian, có thể không dài hơn sáu năm. Yêu cầu của quý vị phải cho biết quý vị muốn nhận được danh sách ở định dạng nào (ví dụ: trên giấy, điện tử). Danh sách đầu tiên quý vị yêu cầu trong khoảng thời gian 12 tháng sẽ miễn phí. Đối với các danh sách bổ sung, chúng tôi có thể tính phí cho quý vị về chi phí cung cấp danh sách. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về chi phí liên quan và quý vị có thể chọn rút lại hoặc sửa đổi yêu cầu của mình tại thời điểm đó trước khi phát sinh bất kỳ chi phí nào.

**Quyền Yêu cầu Hạn chế.** Quý vị có quyền yêu cầu hạn chế hoặc giới hạn thông tin sức khỏe mà chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ về quý vị cho các hoạt động điều trị, thanh toán hoặc chăm sóc sức khỏe. Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị và chúng tôi có thể nói “không” nếu điều đó ảnh hưởng đến việc chăm sóc của quý vị.

**Quyền Yêu cầu Thông tin Liên lạc Bảo mật.** Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị về các vấn đề y tế theo một cách nhất định hoặc tại một địa điểm nhất định. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi chỉ liên lạc với quý vị tại nơi làm việc hoặc qua thư.

Để yêu cầu thông tin liên lạc bảo mật, hãy nói chuyện với nhóm chăm sóc của quý vị. Chúng tôi sẽ không hỏi quý vị lý do cho yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ đáp ứng tất cả các yêu cầu hợp lý. Yêu cầu của quý vị phải nêu rõ cách thức hoặc nơi quý vị muốn được liên lạc.

**Quyền nhận được Bản sao bằng Giấy của Thông báo này.** Quý vị có quyền có một bản sao bằng giấy của thông báo này. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị một bản sao của thông báo này bất cứ lúc nào. Ngay cả khi quý vị đã đồng ý nhận nó dưới dạng điện tử, quý vị vẫn có quyền nhận một bản sao trên giấy. Quý vị cũng có thể tìm thấy một bản sao của Thông báo này trên trang web của chúng tôi.

**Chọn một người để hành động thay cho quý vị:** Nếu quý vị đã ủy quyền y tế cho ai đó hoặc nếu ai đó là người giám hộ hợp pháp của quý vị, người đó có thể thực hiện các quyền của quý vị và đưa ra lựa chọn về thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi sẽ đảm bảo rằng người đó có thẩm quyền này và có thể thay quý vị hành động trước khi chúng tôi thực hiện bất kỳ hành động nào.

**NHỮNG THAY ĐỔI ĐỐI VỚI THÔNG BÁO NÀY**

Chúng tôi bảo lưu quyền thay đổi thông báo này và làm cho thông báo sửa đổi hoặc thay đổi có hiệu lực đối với thông tin y tế mà chúng tôi đã có về quý vị cũng như bất kỳ thông tin nào chúng tôi nhận được trong tương lai. Các thông báo mới sẽ được cung cấp theo yêu cầu tại văn phòng của chúng tôi và trên trang web của chúng tôi, nhcoregon.org.

**CÁC THẮC MẮC, MỐI QUAN NGẠI HOẶC KHIẾU NẠI**

Nếu quý vị có thắc mắc về chính sách này hoặc tin rằng quyền riêng tư của quý vị đã bị vi phạm, quý vị có thể liên hệ với chúng tôi theo thông tin bên dưới. Quý vị cũng có thể chọn nộp đơn khiếu nại với Văn phòng Quyền Công dân của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ bằng cách gửi thư đến 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, gọi 1-877-696- 6775, hoặc truy cập www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/ complaints/.

**Quý vị sẽ không bị phạt vì nộp đơn khiếu nại.**

|  |
| --- |
| Neighborhood Health CenterATTN: Risk and Compliance7320 SW Hunziker Road, Suite 300Portland, OR 97223503-941-3087concerns@nhcoregon.org |