

Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư

DCF-2236
04/03 (Mở)

Thông báo này mô tả những thông tin y tế của bạn có thể được sử dụng và tiết lộ như thế nào và bạn có thể tiếp cận thông tin này như thế nào.



Xin đọc kỹ thông báo này.

Sở Gia Đình và Trẻ Em (DCF) được chính quyền liên bang yêu cầu duy trì sự riêng tư đối với thông tin y tế của bạn và muốn bạn biết về những thực hành DCF áp dụng để bảo vệ thông tin y tế của bạn. DCF phải tuân thủ những điều khoản của thông báo này. Những thông tin DCF duy trì có thể có nguồn gốc từ bất kỳ nhà cung cấp nào mà bạn thăm khám khi bạn đang là khách hàng của DCF. Thông tin DCF ghi lại và duy trì được gọi là Thông Tin Y Tế Được Bảo Vệ gọi tắt là PHI. DCF sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ PHI của bạn mà không được phép của bạn, trừ những trường hợp quy định trong thông báo này.

DCF có quyền thay đổi các thực hành của chúng tôi và đưa ra những quy định mới có hiệu lực đối với tất cả các Thông Tin Y Tế Được Bảo Vệ mà chúng tôi duy trì. Nếu các thực hành thông tin của DCF thay đổi, thì DCF sẽ sửa đổi thông báo này và phát hành thông báo theo yêu cầu hoặc sau ngày hiệu lực mới của thông báo đó. Thông báo này có hiệu lực từ ngày 14 tháng Tư 2003.

Các Định Nghĩa	Cá Nhân là chỉ người có thông tin y tế được bảo vệ	Điều Trị có nghĩa là cung cấp, điều phối, hoặc quản lý chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ liên quan của một hay nhiều nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe.
	Thông Tin Y Tế Được Bảo Vệ có nghĩa là thông tin có thể nhận diện cá nhân đó được duy trì hoặc truyền đi dưới bất kỳ hình thức nào.	Thanh Toán bao gồm các hoạt động được thực hiện bởi hoặc một chương trình bảo hiểm y tế hoặc một nhà cung cấp chăm sóc y tế để thu được hoặc cung cấp hoàn trả chi phí cho việc chăm sóc y tế
	Sự Cho Phép có nghĩa là sự chấp thuận của bệnh nhân đó hoặc của người giám hộ của bệnh nhân đối với việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế được bảo vệ đối với các mục đích không phải để chăm sóc sức khỏe; ví dụ như xét nghiệm HIV hoặc sàng lọc lạm dụng các chất gây nghiện.	Hoạt Động Chăm Sóc Y Tế bao gồm các hoạt động hành chính, tài chính và pháp lý nhằm hỗ trợ các chức năng chăm sóc y tế chủ yếu trong điều trị và thanh toán.

Sử Dụng và Tiết Lộ	PHI của bạn chủ yếu được sử dụng cho: <ul style="list-style-type: none">• Điều trị - chia sẻ với một bác sĩ khác cho việc điều trị đó• Thanh toán; ví dụ cho một của hàng được phần• Hoạt Động Chăm Sóc Y Tế- Những nỗ lực nâng cao chất lượng của bộ DCF• Những lần nhắc nhở bạn về những cuộc hẹn khám chữa bệnh hoặc những buổi họp chẩn hoặc để cung cấp thông tin quan trọng về tình trạng sức khỏe hoặc việc điều trị cho bạn.	Những tiết lộ PHI được phép của bạn có thể bao gồm như sau: <ul style="list-style-type: none">• Lạm Dụng hoặc Bỏ Mất• Nghiên Cứu Y Khoa• Thử Thi Pháp Luật• Tội Phạm Vị Thành Niên• Y Tế Công Cộng• Thông báo cho một thành viên gia đình hoặc người giám hộ về việc bạn đang ở đâu và <u>tình trạng của bạn.</u>
---------------------------	--	---

Bạn có những quyền gì?

Bạn (cha mẹ hoặc người giám hộ của bạn) có quyền:

- Làm đơn yêu cầu hạn chế đối với một số việc sử dụng và tiết lộ những thông tin y tế được bảo vệ DCF có quyền từ chối những yêu cầu hạn chế đó.
- Được trao đổi một cách bí mật về PHI bằng một phương tiện khác; như thông báo qua thư điện tử
- Làm đơn yêu cầu kiểm tra và sao chép hồ sơ y tế của bạn.
- Yêu cầu sửa đổi PHI của bạn.
- Nhận bảng kê những trường hợp DCF tiết lộ PHI của bạn.
- Nhận bản sao bằng giấy của thông báo này khi có yêu cầu.
- Hủy bỏ bằng văn bản, sự cho phép bất kỳ lúc nào.

Bạn có thể báo cáo một vấn đề như thế nào?

Nếu bạn cảm thấy các quyền riêng tư của mình bị vi phạm, bạn có thể nộp đơn khiếu nại lên Văn Phòng Quyền Riêng Tư DCF Privacy Office, 505 Hudson Street, Hartford, CT 06106 hoặc gọi lên Giám Đốc Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (DHHS). Việc nộp đơn khiếu nại sẽ không bị trả thù.

Nếu bạn muốn biết thêm thông tin?

Nếu bạn có các câu hỏi và muốn biết thêm thông tin, bạn có thể liên hệ với Văn Phòng Quyền Riêng Tư DCF (Privacy Office) theo số 1-866-360-1734.

Tôi hiểu rằng hồ sơ của tôi được bảo vệ theo pháp luật của liên bang được quy định trong Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế 1996 (HIPAA), Luật Công 104-191.

Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể hạn chế hoặc ngăn cản những việc sử dụng và tiết lộ nhất định vào bất kỳ lúc nào, trừ những nội dung thực sự cần thiết.

Chữ ký của khách hàng/bệnh nhân: _____ Ngày: _____
(hoặc địa diện được ủy quyền nếu cần)

Chữ ký của nhân viên DCF: _____ Ngày: _____
(xác nhận rằng khách hàng đã nhận được bản sao của thông báo này)