

Ανακοίνωση HIPAA για πρακτικές απορρήτου

ENGLEWOOD FAMILY HEALTH CENTER P.A.

ΑΥΤΗ Η ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΟΥΝ ΚΑΙ ΝΑ ΑΠΟΚΑΛΥΨΟΥΝ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΕΣΑΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΠΡΟΣΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ. ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΟ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ.

Αυτή η Ειδοποίηση Πρακτικών Απορρήτου περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε και να αποκαλύψουμε τις προστατευμένες πληροφορίες υγείας σας (PHI) για τη διεξαγωγή εργασιών θεραπείας, πληρωμής ή υγειονομικής περίθαλψης (ΤΡΟ) και για άλλους σκοπούς που επιτρέπονται ή απαιτούνται από τη νομοθεσία. Περιγράφει επίσης τα δικαιώματά σας για πρόσβαση και έλεγχο των προστατευόμενων πληροφοριών υγείας σας. Οι "Προστατευόμενες πληροφορίες υγείας" είναι πληροφορίες για εσάς, συμπεριλαμβανομένων δημογραφικών πληροφοριών, που ενδέχεται να σας ταυτοποιήσουν και που σχετίζονται με την προηγούμενη, παρούσα ή μελλοντική σωματική ή ψυχική υγεία ή κατάστασή σας και τις σχετικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

1. Χρήσεις και γνωστοποιήσεις Προστατευόμενων Πληροφοριών Υγείας

Οι προστατευμένες πληροφορίες υγείας σας ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν και να αποκαλυφθούν από τον γιατρό σας, το προσωπικό του γραφείου μας και άλλους εκτός του ιατρείου μας που εμπλέκονται στη φροντίδα και τη θεραπεία σας με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε εσάς, την πληρωμή των λογαριασμών υγειονομικής περίθαλψης για την υποστήριξη της λειτουργίας του ιατρείου και οποιεσδήποτε άλλες χρήσεις απαιτούνται από το νόμο.

Θεραπεία: Χρησιμοποιούμε και αποκαλύπτουμε τις προστατευόμενες πληροφορίες υγείας σας για να παρέχουμε, να συντονίζουμε ή να διαχειριζόμαστε την υγειονομική σας περίθαλψη και οποιεσδήποτε σχετικές υπηρεσίες. Αυτό περιλαμβάνει τον συντονισμό ή τη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης σας με τρίτο μέρος. Για παράδειγμα, θα αποκαλύψουμε τις προστατευμένες πληροφορίες υγείας σας, όπως είναι απαραίτητο, σε μια υπηρεσία υγείας στο σπίτι που σας παρέχει φροντίδα. Για παράδειγμα, οι προστατευόμενες πληροφορίες υγείας σας μπορεί να παρέχονται σε έναν γιατρό στον οποίο έχετε παραπεμφθεί για να διασφαλιστεί ότι αυτός ο γιατρός έχει τις απαραίτητες πληροφορίες για τη διάγνωση ή τη θεραπεία σας.

Πληρωμή: Οι προστατευόμενες πληροφορίες υγείας σας θα χρησιμοποιηθούν, όπως είναι απαραίτητο, για την πληρωμή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, η λήψη έγκρισης για παραμονή στο νοσοκομείο μπορεί να απαιτεί τη γνωστοποίηση των σχετικών προστατευόμενων πληροφοριών υγείας σας στο σχέδιο υγείας προκειμένου να ληφθεί έγκριση για την εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Λειτουργίες Υγείας : Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε ή να αποκαλύψουμε, εάν είναι απαραίτητο, τις προστατευμένες πληροφορίες υγείας σας για να υποστηρίξουμε τις

επιχειρηματικές δραστηριότητες του ιατρείου σας. Αυτές οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται σε, δραστηριότητες αξιολόγησης ποιότητας, δραστηριότητες αξιολόγησης εργαζομένων, εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής, δραστηριότητες αδειοδότησης, μάρκετινγκ και συγκέντρωσης κεφαλαίων και διεξαγωγή ή οργάνωση άλλων επιχειρηματικών δραστηριοτήτων. Για παράδειγμα, ενδέχεται να αποκαλύψουμε τις προστατευμένες πληροφορίες υγείας σας σε φοιτητές ιατρικής που επισκέπτονται ασθενείς στο ιατρείο μας. Επιπλέον, ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε ένα φύλλο εγγραφής στο γραφείο εγγραφής όπου θα σας ζητηθεί να υπογράψετε το όνομά σας και να δηλώσετε τον γιατρό σας. Μπορεί επίσης να σας καλέσουμε ονομαστικά στην αίθουσα αναμονής όταν ο γιατρός σας είναι έτοιμος να σας δει.

Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε ή να αποκαλύψουμε τις προστατευμένες πληροφορίες υγείας σας, όπως απαιτείται, για να επικοινωνήσουμε μαζί σας και να σας υπενθυμίσουμε το ραντεβού σας. Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε ή να αποκαλύψουμε τις προστατευόμενες πληροφορίες υγείας σας στις ακόλουθες περιπτώσεις χωρίς την άδειά σας. Αυτές οι καταστάσεις περιλαμβάνουν: Όπως απαιτείται από το νόμο, Ζητήματα δημόσιας υγείας όπως απαιτείται από το νόμο, Μεταδοτικές ασθένειες: Επίβλεψη υγείας: Κατάχρηση ή παραμέληση: Απαιτήσεις της Υπηρεσίας Τροφίμων και Φαρμάκων: Νομικές διαδικασίες: Επιβολή του νόμου: Ιατροδικαστές, διευθυντές κηδεϊών και δωρεά οργάνων: Έρευνα: Εγκληματικές δραστηριότητες. Στρατιωτική Δραστηριότητα και Εθνική Ασφάλεια: Αποζημίωση εργαζομένων: Κρατούμενοι: Απαιτούμενες χρήσεις και αποκαλύψεις: Είμαστε υποχρεωμένοι από το νόμο να κάνουμε αποκαλύψεις σε εσάς και όταν απαιτείται από τον Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών, να διερευνήσουμε ή να καθορίσουμε τη συμμόρφωσή μας με τις απαιτήσεις του άρθρου 164.500.

Άλλες επιτρεπόμενες και απαιτούμενες χρήσεις και αποκαλύψεις θα γίνονται μόνο με τη συγκατάθεσή σας, την εξουσιοδότηση ή την ευκαιρία να αντιταχθείτε, εκτός εάν απαιτείται από το νόμο. Μπορείτε να ανακαλέσετε αυτήν την εξουσιοδότηση ανά πάσα στιγμή, εγγράφως, εκτός από την έκταση που το ιατρείο ή το ιατρείο του ιατρού σας έχει προβεί σε ενέργεια βασιζόμενη στη χρήση ή τη γνωστοποίηση που ορίζεται στην εξουσιοδότηση.

Τα δικαιώματά σας: Παρακάτω είναι μια δήλωση των δικαιωμάτων σας σχετικά με τις προστατευόμενες πληροφορίες υγείας σας.

Έχετε το δικαίωμα να επιθεωρήσετε και να αντιγράψετε τις προστατευμένες πληροφορίες υγείας σας: Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία, ωστόσο, δεν μπορείτε να επιθεωρήσετε ή να αντιγράψετε τα ακόλουθα αρχεία, σημειώσεις ψυχοθεραπείας, πληροφορίες που έχουν συγκεντρωθεί σε εύλογη προσδοκία ή χρησιμοποιούνται σε οποιαδήποτε αστική, ποινική ή διοικητική ενέργεια ή διαδικασία ή προστατευμένες πληροφορίες υγείας που υπόκεινται σε νόμο που απαγορεύει την πρόσβαση σε προστατευμένες πληροφορίες υγείας.

Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε περιορισμό των προστατευόμενων πληροφοριών υγείας σας: Αυτό σημαίνει ότι μπορείτε να μας ζητήσετε να μην χρησιμοποιήσουμε ή να αποκαλύψουμε οποιοδήποτε μέρος των προστατευμένων πληροφοριών υγείας σας για

σκοπούς θεραπείας, πληρωμής ή λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης. Μπορείτε επίσης να ζητήσετε να μην αποκαλυφθεί οποιοδήποτε μέρος των προστατευόμενων πληροφοριών υγείας σας σε μέλη της οικογένειας ή φίλους που ενδέχεται να εμπλέκονται στη φροντίδα σας ή για σκοπούς ειδοποίησης, όπως περιγράφεται στην παρούσα Δήλωση περί πρακτικών απορρήτου. Το αίτημά σας πρέπει να αναφέρει τον συγκεκριμένο περιορισμό που ζητείται και σε ποιον θέλετε να ισχύει ο περιορισμός. Ο γιατρός σας δεν απαιτείται να συμφωνήσει με οποιοδήποτε περιορισμό μπορεί να ζητήσετε. Εάν ο γιατρός κρίνει ότι είναι προς το συμφέρον σας να εξουσιοδοτήσετε τη χρήση και την αποκάλυψη των προστατευόμενων πληροφοριών υγείας σας, οι προστατευόμενες πληροφορίες υγείας σας δεν θα περιοριστούν. Στη συνέχεια, έχετε το δικαίωμα να επικοινωνήσετε με άλλον Επαγγελματία Υγείας. Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε να λαμβάνετε εμπιστευτικές επικοινωνίες από εμάς με εναλλακτικά μέσα ή σε εναλλακτική τοποθεσία.

Έχετε το δικαίωμα να λάβετε ένα έντυπο αντίγραφο οποιασδήποτε τέτοιας ειδοποίησης από εμάς, κατόπιν αιτήματος, ακόμη και αν έχετε συμφωνήσει να αποδεχτείτε μια τέτοια ειδοποίηση εναλλακτικά ή ηλεκτρονικά. Μπορεί να έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε από το γιατρό σας να τροποποιήσει τις προστατευόμενες πληροφορίες υγείας σας. Εάν αρνηθούμε το αίτημά σας για τροποποίηση, έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε δήλωση διαφωνίας μαζί μας και μπορούμε να προετοιμάσουμε μια αντίκρουση στη δήλωσή σας και θα σας παράσχουμε αντίγραφο της αντίκρουσης.

Έχετε το δικαίωμα να λαμβάνετε λογιστικό έλεγχο για ορισμένες γνωστοποιήσεις, εάν υπάρχουν, που έχουμε κάνει για τις προστατευόμενες πληροφορίες υγείας σας.

Διατηρούμε το δικαίωμα να αλλάξουμε τους όρους αυτής της ειδοποίησης και θα σας ειδοποιήσουμε μέσω ταχυδρομείου για τυχόν αλλαγές. Στη συνέχεια, έχετε το δικαίωμα να αντιταχθείτε ή να υπαναχωρήσετε όπως προβλέπεται στην παρούσα ειδοποίηση.

Παράπονα: Μπορείτε να παραπονεθείτε σε εμάς ή στον Υπουργό Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών εάν πιστεύετε ότι τα δικαιώματά απορρήτου σας έχουν παραβιαστεί από εμάς. Μπορείτε να υποβάλετε ένα παράπονο μαζί μας ενημερώνοντας την Επικοινωνία Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων για το παράπονό σας. **Δεν θα σας ανταποδώσουμε εάν υποβάλετε καταγγελία.**

Η παρούσα ανακοίνωση έχει δημοσιευθεί και τίθεται σε ισχύ την/ή πριν **14 Απριλίου 2003.**

Είμαστε υποχρεωμένοι από το νόμο να διατηρήσουμε την εμπιστευτικότητα και να παρέχουμε στα άτομα αυτήν την ειδοποίηση σχετικά με τα νομικά μας καθήκοντα και τις πρακτικές απορρήτου σε σχέση με τις προστατευόμενες πληροφορίες υγείας. Εάν έχετε αντιρρήσεις σχετικά με αυτήν τη φόρμα, ζητήστε να μιλήσετε με τον Υπεύθυνο Συμμόρφωσης HIPAA αυτοπροσώπως ή τηλεφωνικά στον κύριο αριθμό τηλεφώνου μας.

Η υπογραφή παρακάτω συνιστά μόνο επιβεβαίωση ότι έχετε λάβει αυτήν την ειδοποίηση σχετικά με τις πρακτικές απορρήτου μας:

Έντυπο όνομα: _____ Υπογραφή _____
Ημερομηνία _____