

NJOFTIM PER PRAKTIKEN E PRIVATESISE (Albanian)

KY NJOFTIM PËRSHKRUAJ SE SI MUND TË PËRDORET DHE TË LËSHOHET INFORMACIONI MJEKËSOR DHE SI MUND TA GJENI KËTË INFORMACION. JU LUTEM LEXOJENI ME KUJDES. PRIVATESIA E INFORMACIONEVE TË JUAJA SHËNDETËSORE ËSHTË ME RËNDËSI PËR NE.

Detyrimi Jonë Ligjor

Ne jemi te detyruar me ligj qe te mbajme informatat tuaja mjekesore ne menyre private dhe poashtu eshte detyre e jona ligjore te ju japim kete njoftim lidhur me praktikat tona te privatesise, dhe te drejtave tuaja lidhur me informacionet tuaja mjekesore. Ne ndjekim praktikat e privatesise qe jane pershkruar ne kete njoftim perderisa i njejti eshte ne fuqi. Ky njoftim hyn ne fuqi me **15 shtator 2013** dhe ashtu do mbetet perveq nese e zvendesojmë.

Ne rezervojmë të drejtën që në cdo kohë të ndryshojmë praktikat tona të privatesise dhe kushtet e këtij njoftimi, me kusht që ndryshimet e tilla të janë të lejuara me ligjin në fuqi. Ne rezervojmë të drejtën për të bërë ndryshime në praktikat tona të privatesise dhe në kushtet e

njoftimit tone lidhur me informacionet mjekësore të cilat ne i mbajmë, duke përfshirë këtu informacionin mjekësor që ne krijuam apo pranuar për se të bënim ndryshimet. Para se të bëjmë ndryshim të konsiderueshëm në praktikat tona të privatesise, ne do ta ndryshojmë këtë njoftim, do ta shpallim njoftimin e rishikuar në secilën nga qendrat tona ku ofrohen shërbimet, dhe shpalljen e re do t'ia vejmë në dispozicion pacientëve tone si dhe të tjerëve, sipas kërkesës.

Ju mund ta kërkon kopjen e njoftimit tone në cdo kohë. Për më tepër informacione lidhur me praktikën tone të privatesise, ose për kopje shtesë të këtij njoftimi, ju lutem na kontaktoni duke përdorë informatat ne fund te këtij njoftimi.

Perdorimet dhe Lëshimet e Informacioneve Mjekësore

Trajtimi: Ne mund të përdorim informacionet tuaja mjekësore pa lejen tuaj, për t'ju trajtuar. Ne mund të lëshojmë informacionet tuaja mjekësore, pa pëlqimin tuaj, mjekut apo ndonjë personit tjetër për shërbime shëndetësore.

Pagesa: Ne mund të përdorim dhe lëshojmë informatat tuaja mjekësore, pa pëlqimin e juaj, për të marrë apo dhënë kompenzime për kujdesin shëndetësor në rast se ju nuk paguani drejtpërdrejtë për shërbimet e juaja shëndetësore. Nese ne e faturojmë organizatën Medicaid ose Medicare për kompenzim, ne do të parashtrojmë një kërkesë elektronike që përfshin emrin tuaj dhe informatat tjera personale.

Veprimet e Kujdesit Shëndetësor: Ne mund të përdorim dhe të lëshojmë informacionet tuaja shëndetësore për disa nga veprimet e kujdesit shëndetësor. Veprimet e kujdesit shëndetësor përfshijnë:

- Ruajtja e të dhënave shëndetësore të mbrojtura që ne i marrim apo i krijojmë, mund të ruhen në databazat elektronike, disa nga të cilat drejtohen nga shteti i Viskonsinit, siç janë WEDSS dhe SPHERE.
- Aktivitetet lidhur me vlerësimin dhe përmirësimin e kualitetit të kujdesit shëndetësor;
- Analizën dhe vlerësimin e subjekteve që ofrojnë kujdes shëndetësor dhe performancën e planit shëndetësor, kualifikimet dhe zotësinë, programet e trajtimit për kujdesin shëndetësor, stafin mjekësor dhe akreditimin e planit shëndetësor, certifikimin, aktivitetet lidhur me licencimin dhe kredencialet;
- Bërjen apo arraxhimin për rishikimet mjekësore, revizionet dhe shërbimet ligjore duke përfshirë këtu zbulimin dhe parandalimin e mashtrimeve dhe abuzimeve; dhe
- Planifikimin e biznesit, zhvillimin, manaxhimin dhe administrimin e përgjithshëm, duke përfshirë shërbimin e konsumatorëve, re-identifikimin e informacioneve mjekësore, dhe krijimin e të dhënave të kufizuara për veprimet e kujdesit shëndetësor, aktivitetet të shëndetit të përgjithshëm, dhe hulumtimeve.

Autorizimi i Juaj: Ju mund të na jepni një autorizim me shkrim në mënyrë që ne të mund të përdorim informatat tuaja mjekësore apo t'ia lëshojmë cilitdo për çfarëdo qëllimi. Në qoftë se ju na jepni autorizimin, të njëjtin mund ta revokoni me shkrim, në cdo kohë. Revokimi i juaj nuk ka ndikim në përdorimin apo lëshimin që është lejuar me autorizimin tuaj përderisa ai ishte ne efekt. Përveç nëse ju na jepni autorizim me shkrim, ne nuk do të përdorim apo lëshojmë

informacionet e juaja shëndetësore për çfarëdo arsye, përveç atyre që përkrahin në këtë njoftim. Ne nuk do t'i shesim apo tregtojmë me të dhënat që kemi për ju.

Kontakti me Pacientin: Ne mund të përdorim nformatat tuaja mjekësore për t'ju kontaktuar juve apo përfaqësuesin e autorizuar nga ju, përmes telefonit apo postës, për të diskutuar informacionin lidhur me faturën tuaj, përveç nëse nuk paguani drejtpërdrejtë për shërbimet tuja të kujdesit shëndetësor.

Kerkesat e Shendetit Publik: Ne mund të përdorim dhe të lëshojmë informatat tuaja mjekësore, pa pëlqimin tuaj, kur parashihet Ligji si dhe në situatat vijuese:

- Për shëndetin e përgjithshëm, duke përfshirë këtu raportimet lidhur me sëmundjet ngjitëse, abuzimin e fëmijëve dhe të rriturve, braktisjes apo dhunës në familje;
- Për të evituar rrezikun serioz dhe të drejtpërdrejtë për shëndetin apo sigurinë;
- Për mbikëqyrjen e kujdesit shëndetësor, sic janë aktivitetet e licencimit shtetëror dhe shërbimeve të kontrollit të brendshëm, dhe agjencive për zbatimin e parandalimit të mashtrimeve;
- Mjekëve të autopsisë dhe drejtorëve të funeralit;
- Sic parashihet me ligjet shtetërore për kompenzimin
- e punëtorëve të lënduar në punë;
- Si përgjigje ndaj gjyqit dhe urdhërave të caktuara administrative si dhe proceseve të tjera ligjore;
- Personave të cilët zyrtarisht e zbatojnë ligjin lidhur me viktimat e krimeve, krimeve në objektet tona, raportimi i krimeve në emergjencë, dhe identifikimin apo gjetjen e personave të dyshimtë apo personave të tjerë;
- Ushtrisë, organeve zyrtare të shërbimit secret, kundërzbulimit, dhe aktivitetet për sigurinë kombëtare, dhe institucioneve korrektuese dhe policisë lidhur me të burgosurit; dhe

Ju mund të evitoni përdorimin apo lëshimin e informacioneve tuaja mjekësore në bazë të kërkesës me shkrim nga agjencia qeveritare, përveç nëse lëshimi parashihet medoemos me ligj. Neve mund të mos i lëshojmë rezultatet e testit HIV, disa informacione të fshehta mjekësore ose të dhënat për trajtimin e shëndetit psiqik për disa nga këto qëllime pa pëlqimin tuaj me shkrim, përveç nëse parashihet me ligj. Rezultatet e testit tuaj HIV mund të lëshohen sipas paragrafit 252.15(5)(a) të Ligjit të shtetit Wisconsin.

Të Drejtat e Individit

Informacione Kontakti: Në qoftë se keni pyetje lidhur me të drejtat tuaja sipas këtij njoftimi për privatesinë, ju lutemi kontaktoni Oficerin për Privatesi. Informatat specifike për të kontaktuar gjendet në fund të këtij njoftimi.

Format: Format e nevojshme për ushtrimin e të drejtave tuaja mund t'i merrni nga Oficeri i Privatesise. Informatat specifike për të kontaktuar gjendet në fund të këtij njoftimi.

Akcesi: Përveç disa përjashtimeve, ju keni të drejtë t'i shikoni dhe të pranoni kopjen e informacioneve tuaja mjekësore. Duhet të bëni një kërkesë me shkrim që të mund të shikoni informacionet tuaja mjekësore. Ne do ta rregullojmë të drejtën tuaj të intimitetit aq sa është e arsyeshme sipas mundësisë, duke përfshirë sigurimin e ndërsjellë të rënë dakord për lokacionet alternative për ju për të kontrolluar të dhënat tuaja.

Ne mund të ju kërkojmë një shumë të caktuar të parave (e arsyeshme dhe bazuar në koston reale) për secilën kopje të informacioneve tuaja mjekësore, për dërgimin e të njëjtës me postë, dhe për përgatitjen e cfarëdo përmbledhjeje apo sqarimi të informacioneve mjekësore që ju kërkon. Në lidhje me cmimin, na kontaktoni duke përdorur informatat nga fundi i këtij njoftimi.

Përgjegjësia e Lëshimit: Juve keni të drejtë në listen e rasteve pas siç është e paraparë me ligj. Brenda 60 ditësh nga kërkesa e juaj, ne do t'ju informojmë lidhur me cdo lëshim për të cilën periudhë ju kërkon i llogaridhënie.

Ndryshimet: Juve keni të drejtë të kërkonin nga ne korrigjimin e informacionit mjekësor dhe të dhënave nga trajtimi për përshëndetin mendor. Kërkesa e juaj duhet të jetë me shkrim dhe duhet të shpjegon arsyen për të cilën duhet ndryshuar informacioni. Ne mund ta refuzojmë kërkesën tuaj për arsye të specifikuar. Në qoftë se e refuzojmë kërkesën tuaj, do t'ju japim arsyetimin me shkrim. Në qoftë se e pranojmë kërkesën tuaj, ndryshimi i bërë do të inkorporohet dhe bëhet

pjesë përbërëse e informacionit tuaj mjekësor. Do të bëhen përpjekje të arsyeshme për të informuar të tjerët lidhur me ndryshimin e bërë (për të cilët e dijmë se mund ta kenë dhe se bazohen në informacionin e pandryshuar në dëm tuaj) si dhe personat për të cilët ju dëshironi ta kenë këtë ndryshim.

Kufizimi: Juve keni të drejtë të kërkonin që ne ta kufizojmë përdorimin tone ose lëshimin e informacioneve tuaja për mjekim, pagesë ose veprimet lidhur me mbrojtjen shëndetësore, familjes, miqëve apo të tjerëve sipas përcaktimit tuaj. Mund të mos pajtohem me kërkesën e juaj. Në qoftë se pajtohem, do ta respektojmë marrëveshjen tone përveç në rastet e emergjencës mjekësore apo sipas kërkesës apo autorizimit me ligj.

Të miturit: Nëse nuk na urdhëroni ndryshe, ne do t'i mbajmë konfidenciale informacionet e mbrojtura shëndetësore në lidhje me trajtimin shëndetësor dhe kujdesin për sëmundjet seksualisht të transmetueshme, planifikimin familjar, kujdesin e paralindjes dhe fusha të tjera të kujdesit nëse kërkojnë me ligj, që i nënshtrohen përjashtimeve të cekura më lart.

Komunikimi Privat: Juve keni të drejtë të kërkonin që ne të komunikojmë me ju në mënyrë të fshehtë kur bëhet fjalë për informacionet e juaja mjekësore duke përdorur mjete apo lokacione alternative sipas përcaktimit tuaj. Kërkesa e juaj duhet të jetë me shkrim. Kërkesën duhet t'ia parashtroni kontaktit në fund të këtij njoftimi. Formën për ta bërë kërkesën tuaj mund ta merrni nga kontakti i përmendur.

Kërkesa e juaj do të pranohet në qoftë se është e arsyeshme dhe në qoftë se specifikon mjetet apo lokacionin alternativ për komunikim të fshehtë.

Njoftimi Elektronik: Në qoftë se këtë njoftim e merrni nga faqja e jonë në Web site ose në mënyrë elektronike (e-mail), ju keni të drejtë ta merrni këtë njoftim në formë të shkruar.

Pyetjet dhe Ankesat

Në qoftë se dëshironi të keni më tepër informacione lidhur me praktikatat tona të privatesise apo keni pyetje ose ankesa, kontaktoni ju lutem Oficerin e Privatesise duke përdorur informacionin në fund të këtij njoftimi.

Nëse mendoni se neve kemi shkelur të drejtat tuaja të privatesise, ose nuk pajtoheni me vendimin që kemi marrë lidhur me aksesin e informacioneve tuaja mjekësore, si përgjigje në kërkesën tuaj për korigjim, kufizim apo lëshim të informacionit tuaj mjekësor, mund të na drejtoheni me ankesë duke përdorur informacionin në fund të këtij

njoftimi. Po ashtu, mund t'i drejtoheni me ankesë me shkrim Zyres për të Drejtat Civile të Departamentit për Shëndetësi dhe Shërbime të Njeriut të Shteteve të Bashkuara. Zyren për të Drejtat Civile mund ta kontaktoni përmes linjes së drejtpërdrejtë telefonike në numrin 1-800-368-1019.

Në mbështesim të drejtën tuaj për fshehtësinë e informacioneve tuaja mjekësore. Nuk do të ndërmarin kundërmasa kundër jush nëse ju bëni kundërshtim (ankesë) kundër nesh apo tek Departamenti për Shëndetin dhe Shërbimet e Njeriut të SHBA.

Informatat e Kontaktit

Zyrtari i Privatesise
Shtepia e Shendetit publik ne Madison dhe Komunen Dane
210 Martin Luther King, Jr. boulevard, Zyra. 507
Madison, WI 53703-3346
(608) 266-4821

Pranimi i Njoftimit të Praktikës së Privatesise

Sipas ligjeve federale për privatesi ne jemi te obliguar t'ju japim Njoftimin tone të Praktikës së Privatesise. Ky njoftim ofron informacione lidhur me atë se si ne mund ti përdorim dhe lëshojmë informacionet tuaja të mbrojtura shëndetësore. Ne jemi të detyruar t'ju japim këtë Njoftim. Ju nuk jeni të detyruar ta nënshkruani dhe ta ktheni konfirmimin. Nëse ju do të donit të konfirmoni marrjen e këtij Njoftimi, ju lutemi nënshkruani formularin e marrjes dhe kthejeni atë tek Zyrtari i Privatesise siç janë radhitur më sipër. Nëse keni ndonjë pyetje në lidhje me këtë pranim, ju lutemi kontaktoni Zyrtarin e Privatësisë siç janë radhitur më sipër.

الإخطار بخصوص الممارسات المعتمدة بشأن حفظ الخصوصية

في هذا الإخطار بيان للكيفية التي تُستخدم بها بياناتكم الطبية وكيفية الاطلاع على هذه البيانات. فيرجى قراءته بدقة. حفظ خصوصية بياناتكم الطبية أولى أولوياتنا.

التزامنا القانوني

حفظ الخصوصية والشروط والأحكام التي تُستخد في هذا الإخطار على جميع البيانات الطبية التي نحفظ بها، ومنها تلك البيانات الطبية التي نُشئها أو نلتقها قبل إجراء تلك التغييرات. على أننا نلتزم، وقبل إجراء أي تغيير جوهري في الممارسات المعتمدة لدينا بشأن حفظ الخصوصية، بتعديل هذا الإخطار ونشر نسخة منقحة منه في كل موقع من مواقع تقديم الخدمات التابعة لنا، مع التزامنا باتاحة الإخطار في صيغته الجديدة لأصحاب الحالات وغيرهم بناءً على الطلب.

ويجوز لكم، في أي وقت كان، طلب الحصول نسخة من هذا الإخطار. وللإطلاع على المزيد من المعلومات بخصوص الممارسات المعتمدة لدينا بشأن حفظ الخصوصية، أو الحصول المزيد من النسخ من هذا الإخطار، يُرجى التواصل معنا عن طريق قنوات التواصل الوارد بيانها في ختام هذا الإخطار.

الأحوال التي يجوز فيها استخدام البيانات الطبية والإفصاح عنها

التفويض: يجوز لكم إعطاؤنا تفويضًا مكتوبًا منكم بما يُمكننا من استخدام بياناتكم الطبية أو الإفصاح عنها لأي أحد بعينه استيفاءً لأي مقصد من المقاصد. ويجوز لكم، كذلك، العدول عن هذا التفويض بإلغائه، في أي وقت كان بعدها، بموجب إقرار مكتوب بشأن ذلك. غير أن إلغاء التفويض، على هذا النحو، لا ينفذ بشأن البيانات التي استُخدمت أو كُتبت عنها بموجبه في أثناء نفاذه. وملتزم بعدم استخدام بياناتكم الطبية أو الكشف عنها بأي قصد كان بخلاف ما هو وارد بيانه في هذا الإخطار؛ ما لم تعطونا تفويضًا مكتوبًا يُجيز لنا استخدامها أو الإفصاح عنها في غير ذلك. ونحن ملتزمون بالامتناع عن بيع بياناتكم التي لدينا أو تسويقها.

بيانات التواصل مع صاحب الحالة: يجوز لنا أن نستخدم بياناتكم الطبية بقصد التواصل معكم أو مع ممتلك المفوض عن طريق الهاتف أو البريد بخصوص بيانات الفواتير؛ معلوماتك الطبية للاتصال بك أو بممتلك المفوض عبر الهاتف أو البريد لمناقشة معلومات الفواتير، ما لم تُسدّدوا تكاليف خدمات الرعاية الصحية المعنية بأنفسكم مباشرةً.

الاشتراطات ذات الصلة بالصحة العامة: يجوز لنا أن نستخدم بياناتكم الطبية، دونما إذن سابق منكم بذلك، إذا اقتضت القوانين النافذة ذلك، وكذلك لي هذه الأحوال:

- استيفاءً لمقاصد الصحة العامة، ومنها الإبلاغ عن الأمراض المعدية وإساءة معاملة الأطفال وإساءة معاملة البالغين أو الإهمال أو العنف المنزلي.
- للتصدي للأخطار الجسيمة والشبكة التي من شأنها أن تتل من الصحة والسلامة.
- لتسيير أمور خدمات الرعاية الصحية، ومنها الأعمال التي تتولى إقرارها الجهات الحكومية المعنية بإصدار التراخيص ومراجعة السلطات المناظرة في الولاية وكذلك وكالات إنفاذ القانون المعنية بالتصدي لأعمال الاحتيال.
- إطلاع الأطباء الشرعيين وقضاة التحقيق في أسباب الوفاة ومتعهدي إجراء الجنازات على البيانات الطبية.
- استخدام البيانات الطبية والإفصاح عنها على النحو الذي تجيزه القوانين النافذة بشأن تعويض العمالة في الولاية.
- تنفيذًا للأحكام القضائية، وبعض الأوامر الإدارية المحددة بعينها، وغير ذلك من الإجراءات القانونية.
- إطلاع المسؤولين المعنيين بإنفاذ القانون على البيانات الطبية ذات الصلة بضحايا الجرائم، والجرائم التي قد تقع في بنايات الوكالة والمرافق التابعة لها، والإبلاغ عن الجرائم في حالات الطوارئ، والكشف عن هوية المشتبه بهم أو غيرهم أو تحديد مواقعهم.
- الكشف عن البيانات الطبية إلى السلطات العسكرية والمسؤولين الفدراليين المعنيين بقصد إجراء التحقيقات القانونية ومكافحة التجسس والأعمال ذات الصلة بالأمن القومي، والمؤسسات الإصلاحية فيما يتصل بالخاضعين للوصاية القانونية.
- غير أنه لا يجوز لنا الإفصاح عن نتائج اختبارات الكشف عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، أو غيرها من البيانات الصحية الخاصة المحددة بعينها، أو

يُلتزمنا القانون بوجوب حفظ خصوصية بياناتكم الطبية وإعطائكم نسخة من هذا الإخطار الذي يُبين التزاماتنا القانونية والممارسات المعتمدة لدينا بشأن حفظ الخصوصية، فضلاً عن بيان الحقوق الواجبة لكم فيما يتصل ببياناتكم الطبية هذه. وملتزم، كذلك، بالممارسات المعتمدة بشأن حفظ الخصوصية ممّا هو وارد بيانه في هذا الإخطار حال نفاذه. ويبدأ نفاذ هذا الإخطار يوم 15 سبتمبر (أيلول) 2013؛ ويبقى نافذاً على نحو ذلك ما لم نستبدل به غيره.

غير أننا نحفظ بالحق في تعديل الممارسات المعتمدة لدينا بشأن حفظ الخصوصية، وكذلك في تعديل الشروط والأحكام الوارد بيانها في هذا الإخطار، في أي وقت كان؛ بشرط أن يكون إجراء تلك التعديلات جائزاً بمقتضى القوانين النافذة. ونحتفظ، كذلك، بالحق في إنفاذ مثل تلك التعديلات التي تُستحدث في الممارسات المعتمدة لدينا بشأن

سجلات علاجات الصحة الذهنية، استيفاءً لبعض المقاصد، دونما إذن مكتوب من أصحابها؛ ما لم تُوجب القوانين النافذة غير ذلك. على أنه من الجائز الإفصاح عن نتائج اختبارات الكشف عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) على النحو الوارد بيانه في البند (a)(5)252.15 من القوانين الأساسية النافذة في ولاية ويسكنسن.

صلاحيت شما: شما باید به ما مجوز (صلاحیت) کتبی بدهید تا از معلومات طبی شما استفاده کنیم یا این معلومات را برای هر کسی برای هر هدف فاش کنیم. اگر به ما مجوز (صلاحیت) بدهید، می توانید در هر زمانی آن را به صورت کتبی لغو کنید. لغو نمودن إتاحة العلاج: يجوز لنا أن نستخدم بياناتكم الطبية، دونما إذن سابق منكم بذلك، بقصد تقديم العلاج إليكم. ويجوز لنا أن نُطلع أي طبيب أو أي أحد غير ذلك من مقدمي خدمات الرعاية الصحية على مثل تلك البيانات، دونما الحصول إذن سابق منكم بشأن ذلك، بقصد تقديم العلاج إليكم.

سداد الأموال: يجوز لنا أن نستخدم بياناتكم الطبية أو نُفصح عنها، دونما إذن سابق منكم بذلك، بقصد الحصول تكاليف خدمات الرعاية الصحية التي نقدمها إليكم، أو بقصد سدادها؛ ما لم تُسدّدوا مثل تلك التكاليف بأنفسكم مباشرةً. وإذا خُلت فواتير تلك الخدمات على حساب برنامج Medicaid أو برنامج Medicare، بقصد الحصول مثل تلك التكاليف، فستشتمل المطالبات الإلكترونية التي نُقدّمها بشأن ذلك على بيان اسم صاحب الحالة وغير ذلك من بياناته الشخصية الأخرى.

أعمال الرعاية الصحية: يجوز لنا أن نستخدم بياناتكم الطبية أو نُفصح عنها بقصد إجراء أعمال بعينها من الأعمال ذات الصلة بالرعاية الصحية لدينا، والتي تشمل ما يلي بيانه:

- يجوز لنا الاحتفاظ بالبيانات الصحية المحمية التي نلتقها أو نُشئها في قواعد البيانات الإلكترونية، والتي تتولى ولاية ويسكنسن إدارة بعض منها، مثل: منظومة WEDSS (المنظومة الإلكترونية لرصد الأمراض في ولاية ويسكنسن) ومنظومة SPHERE (منظومة إدارة السجلات الصحية العامة الإلكترونية المؤمنة).
- أعمال تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية وتحسينها.
- مراجعة أداء مقدمي خدمات الرعاية الصحية والبرامج الصحية، والمؤهلات والكفاءات، وبرامج التدريب على تقديم خدمات الرعاية الصحية، واعتماد مقدمي خدمات الرعاية الصحية والبرامج الصحية، وإصدار الشهادات والتراخيص وشهادات الاعتماد، وتقييم كل ذلك.
- إجراء أعمال المراجعة الطبية والتدقيق والخدمات القانونية أو الإعداد لها، ومنها أعمال كشف الاحتيال وإساءة الاستغلال، والحيلولة دون وقوعها.
- تخطيط الأعمال، والتطوير، والإدارة، والإدارة العامة، ومنها خدمة العملاء، وطمس هوية البيانات الطبية، وإنشاء مجموعات البيانات المحدودة لأعمال الرعاية الصحية، وأعمال الصحة العامة، والأبحاث.

بيانات التواصل: إذا كانت لديكم أي تساؤلات بشأن الحقوق الواجبة لكم بمقتضى هذا الإخطار، فيُرجى التواصل مع Privacy Officer (المسؤول المعني بشؤون حفظ الخصوصية)؛ وتجدون بيانات التواصل معه في ختام هذا الإخطار.

النماذج: يمكنكم الحصول النماذج اللازمة لتمكينكم من ممارسة حقوقكم من Privacy Officer (المسؤول المعني بشؤون حفظ الخصوصية)؛ وتجدون بيانات التواصل معه في ختام هذا الإخطار.

حق الاطلاع: لديكم الحق في مراجعة بياناتكم الطبية وتحصيل نسخة منها؛ وإن كان ثمة استثناءات محدودة في هذا الشأن. فإذا أردتم الاطلاع على بياناتكم الطبية، فيجب عليكم تقديم طلب مكتوب بشأن ذلك. ونلتزم، قدر المستطاع، بمراعاة حقكم في حفظ خصوصيتكم؛ ومن ذلك إتاحة هذه البيانات لكم في مواقع بديلة تتفق بشأنها معكم بما يُمكنكم من مراجعة سجلاتكم.

ويجوز لنا أن نُحصِلَ منكم رسوماً مستساغة تُحتسب على أساس تكلفة إصدار نسخة من بياناتكم الطبية، وإرسالها إليكم بالبريد، وتلخيصها أو شرحها. وللإطلاع على المعلومات بشأن هذه الرسوم، عليكم بالتواصل معنا باستخدام بيانات التواصل الواردة في ختام هذا الإخطار.

بيان حالات الإفصاح: يحق لكم التقدم بطلب الحصول على قائمة فيها بيان الحالات التي أفصح فيها عن بياناتكم الطبية، وذلك على نحو ما تنص عليه القوانين النافذة في هذا الشأن. ونلتزم، في غضون ستين (60) يوماً من تاريخ تلقينا هذا الطلب، بإتاحة المعلومات لكم بشأن كل حالة من الحالات التي أفصحنا فيها عن بياناتكم الطبية هذه في غضون المدة التي قدمتم الطلب بشأنها.

تعديل البيانات: يحق لكم طلب تعديل بياناتكم الطبية وسجلاتكم العلاجية وسجلات علاج الصحة الذهنية؛ على أن يُقدَّم هذا الطلب في صيغة مكتوبة، وأن يُبيِّن أسباب طلب تعديل هذه البيانات. ويجوز لنا أن نمتنع عن إجابة طلبكم لأسباب محددة بعينها. ونلتزم، حال رفضنا مثل ذلك الطلب، بتقديم بيان مكتوب لأسباب هذا الرفض. وأما إن قبلنا طلبكم هذا، فإننا نلتزم بإجراء التعديل المطلوب في الجزء المحدد من بياناتكم الطبية، ونلتزم كذلك بأن نبذل جهدنا قدر المستطاع لإبلاغ الجهات المعنية الأخرى التي نعرف أن بحوزتها ذلك

الاستفسارات والشكاوى

ذلك عن طريق بيانات التواصل الواردة في ختام هذا الإخطار. ويجوز لكم، كذلك، التقدم بشكاوى مكتوبة بشأن ذلك إلى مكتب الحقوق المدنية (Office for Civil Rights) التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (US Department of Health and Human Services)؛ وذلك عن طريق الخط الساخن: 1-800-368-1019.

ونحن ملتزمون بتمكينكم من ممارسة حقكم في حفظ خصوصية بياناتكم الطبية؛ ولن نعمد إلى التضييق عليكم أو إلحاق الضرر بكم، بأي وجه كان من الأوجه، إذا أردتم التقدم بشكاوى إلينا أو إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية.

بيانات التواصل

Privacy Officer, Public Health Madison and Dane County
210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
(608) 266-4821

تأبيديه دریافت اطلاقه اقدامات حريم خصوصي

الإقرار بتلقي الإخطار بخصوص الممارسات المعتمدة بشأن حفظ الخصوصية

نلتزم، بموجب القوانين الفدرالية النافذة بشأن حفظ الخصوصية، بأن نقدم إليكم «الإخطار بخصوص الممارسات المعتمدة بشأن حفظ الخصوصية». وفي هذا الإخطار بيان للكيفية التي تُستخدم بها بياناتكم الطبية المحمية وكيفية الاطلاع على هذه البيانات. ونحن مُلزمون بأن نقدم إليكم هذا الإخطار. وليس عليكم إلزام بتوقيع هذا الإقرار وإعادته إلينا. فإذا أردتم الإقرار بتلقيكم هذا الإخطار، فيُرجى منكم التوقيع على نموذج الإقرار هذا، ومن ثم إعادته إلى Privacy Officer (المسؤول المعني بشؤون حفظ الخصوصية) على النحو المتقدم بيانه. وإذا كانت لديكم أي تساؤلات بشأن هذا الإقرار، فيُرجى منكم التواصل مع Privacy Officer (المسؤول المعني بشؤون حفظ الخصوصية) على النحو المتقدم بيانه.

الجزء المراد تعديله، أو تلك التي نعرف أنها قد عوّلت على هذا الجزء من البيانات قبل تعديله، ولحق بك شيء من الضرر جراء تعويلها عليه، فضلاً عن التزامنا بإبلاغ غير ذلك من الأفراد والجهات ممّن ترغّبون في إبلاغهم بهذا التعديل.

التقييد: يحق لكم طلب تقييد أوجه استخدامنا لبياناتكم الطبية أو إفصاحنا عنها استيفاء لمقاصد العلاج أو سداد الأموال أو إجراء الأعمال ذات الصلة بخدمات الرعاية الصحية، أو إطلاع أفراد العائلة أو الأصدقاء، أو غيرهم ممّن تُسمّونهم من الأفراد، على تلك البيانات. غير أنه ليس إلزاماً علينا أن نقبل مثل هذا الطلب. فإن قبلنا به، فإننا نلتزم بما نتفق عليه بشأن هذا الطلب؛ وذلك باستثناء ما يكون في حالات الطوارئ الطبية أو ما تُوجب القوانين النافذة فعله أو تُجيزه في هذا الشأن.

القُصْر: نلتزم بحفظ سرية بياناتكم الصحية المحمية ممّا له صلته بعلاج الأمراض الجنسية المُعديّة وخدمات الرعاية المُقدّمة بشأنها، وتنظيم الأسرة وخدمات الرعاية في مرحلة الحمل، وغيرها من مجالات الرعاية؛ إذا اقتضت القوانين النافذة ذلك؛ وما لم يرد منكم توجيه بخلاف ذلك، مع مراعاة الاستثناءات المتقدمة الذكر.

التواصل غير المعلن: يجوز لنا أن نتواصل معكم بقصد إرسال رسائل التذكير بمواعيد الزيارات الطبية. ولكم الحق في أن تطلبوا منا أن نتواصل معكم بشأن بياناتكم الطبية تواصلًا غير مُعلنٍ عن طريق وسائل تواصل خاصة أو في أماكن خاصة تحدّدونها بأنفسكم. على أنه الواجب، في هذه الأحوال، التقدم بطلبكم مكتوبًا مع وجوب إرساله إلى المسؤول المعني بشؤون التواصل باستخدام بيانات التواصل الواردة في ختام هذا الإخطار. ويجوز لكم التقدم بهذا الطلب باستخدام نموذج تحصلونه من المسؤول المعني بشؤون التواصل هذا.

ونلتزم بتلبية طلبكم هذا إذا كان ذلك في استطاعتنا؛ على أن يشتمل هذا الطلب على بيان الوسائل أو الأماكن اللازمة لإجراء هذا التواصل غير المعلن. ولن نطلب منكم بيان أسباب طلبكم هذا.

الإخطار بصيغة إلكترونية: إذا تلقّيتُم هذا الإخطار بصيغة إلكترونية على موقعنا الإلكتروني أو عن طريق البريد الإلكتروني، فإن من حقكم الحصول عليه في صيغة مكتوبة، أيضًا.

إذا أردتم الاطلاع على المزيد من المعلومات بخصوص الممارسات المعتمدة لدينا بشأن حفظ الخصوصية، أو إذا كانت لديكم أي تساؤلات أو شواغل، فيُرجى منكم التواصل مع Privacy Officer (المسؤول المعني بشؤون حفظ الخصوصية) باستخدام البيانات الواردة في ختام هذا الإخطار.

وإذا كان لديكم أي تخوف بشأن مخالفتنا حقوق حفظ الخصوصية الواجبة لكم، أو إذا رفضتم أي قرار نخلص إليه بشأن حقوق الاطلاع على بياناتكم الطبية بعد تقدمكم بطلب لتعديل بياناتكم الطبية، أو تقييد سبل استخدامها أو سبل الإفصاح عنها، أو بشأن التواصل معكم بخصوصها على نحو غير معلن، فيجوز لكم التقدم إلينا بشكاوى بشأن

اطلاعیه اقدامات حریم خصوصی

این اطلاعیه چگونگی استفاده و انتشار معلومات طبي در مورد شما و چگونگی دسترسی شما به این معلومات را تشریح میکند. لطفاً آن را با دقت بازبینی کنید. حریم خصوصی معلومات طبي شما برای ما مهم است.

وظیفه قانونی ما

های حفظ حریم خصوصی و شرایط جدید اطلاعیه خود را که برای همه معلومات طبي نگهداری می کنیم، بشمول معلومات طبي که قبل از اجرای تغییرات ایجاد یا دریافت کرده ایم، موثر واقع کنیم. قبل از اینکه تغییر چشمگیر در شیوه های حفظ حریم خصوصی خود ایجاد کنیم، این اطلاعیه را تغییر می دهیم، اطلاعیه تجدید نظر شده را در هر یک از سایت های ارائه خدمات خود پست می کنیم و اطلاعیه جدید را در صورت درخواست در دسترس مریضان و دیگران قرار می دهیم.

شما می توانید یک کاپی اطلاعیه ما را در هر زمان درخواست کنید. برای معلومات بیشتر در مورد شیوه های حفظ حریم خصوصی ما، یا برای نسخه های اضافی این اطلاعیه، لطفاً با استفاده از معلومات در آخر این اطلاعیه با ما تماس بگیرید.

طبق قانون، ما مکلف به حفظ حریم خصوصی معلومات طبي شما هستیم و این اطلاعیه را در مورد وظایف قانونی و شیوه های حفظ حریم خصوصی، و حقوق شما در مورد معلومات طبي تان، به شما می دهیم. ما باید از شیوه های حفظ حریم خصوصی که در این اطلاعیه توضیح داده شده است، تا زمانیکه این اطلاعیه در حال اجرا است، پیروی کنیم. این اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی از 15 سپتامبر 2013 لازم الاجرا است و به قوت خود باقی خواهد ماند، مگر اینکه آن را تعویض کنیم.

ما این حق را برای خود محفوظ می داریم که شیوه های حفظ حریم خصوصی و شرایط این اطلاعیه را در هر زمان تغییر دهیم، مشروط بر اینکه اینگونه تغییرات توسط قانون قابل اجرا مجاز باشد. ما این حق را برای خود محفوظ می داریم که تغییرات در شیوه

موارد استعمال و افشای معلومات طبي

معالجه: ممکن است ما از معلومات طبي شما، بدون اجازه شما، برای معالجه شما استفاده کنیم. ما ممکن معلومات طبي شما را بدون اجازه شما، برای معالجه شما در اختیار دکتر یا دیگر ارائه دهندگان مراقبت های صحتی قرار دهیم.

پرداخت: ما ممکن از معلومات طبي شما، بدون اجازه شما، برای دریافت یا بازپرداخت (جبران) مصارف مراقبت های صحتی که به شما ارائه می کنیم استفاده کرده و نشر کنیم، مگر اینکه شما هزینه خدمات مراقبت های صحتی خود را مستقیماً پرداخت کنید. اگر برای بازپرداخت (جبران) صورتحساب Medicaid یا Medicare را دریافت کنیم، ما یک ادعای الکترونیکی که شامل نام و دیگر معلومات شخصی شما می شود، ارسال می کنیم.

عملیات مراقبت های صحتی: ما ممکن از معلومات طبي شما برای برخی از عملیات (مدیریت) مراقبت های صحتی خود استفاده کرده و آن را نشر کنیم. در عملیات (مدیریت) مراقبت های صحتی موارد زیر شامل اند:

- نگهداری از معلومات صحتی محافظت شده ای که ما آن را دریافت یا ایجاد می کنیم ممکن در دیتابیس های الکترونیکی که برخی از آنها توسط ایالت ویسکانسن اداره می شوند، مانند WEDSS و SPHERE، نگهداری شوند.
- ارزیابی کیفیت مراقبت های صحتی و فعالیت های بهبودی؛
- بررسی و ارزیابی عملکرد ارائه دهنده مراقبت های صحتی و پلان صحتی، صلاحیت ها و شایستگی ها، برنامه های آموزشی مراقبت های صحتی، اعتبار بخشی ارائه دهنده مراقبت های صحتی و پلان صحتی، صدور تصدیق نامه، صدور مجوز و فعالیت های اعتبارسنجی؛
- انجام دادن یا ترتیب نمودن بررسی های طبي، تفتیش، و خدمات حقوقی، بشمول کشف و پیشگیری از تقلب و سوء استفاده؛ و
- برنامه ریزی، توسعه، اداره، و مدیریت عمومی تجارت، بشمول خدمات مشتریان، شناسایی معلومات طبي، و ایجاد مجموعه های معلومات محدود برای عملیات مراقبت های صحتی، فعالیت های صحتی عمومی و تحقیقات.

صلاحیت شما: شما باید به ما مجوز (صلاحیت) کتبی بدهید تا از معلومات طبي شما استفاده کنیم یا این معلومات را برای هر کسی برای هر هدف فاش کنیم. اگر به ما مجوز (صلاحیت) بدهید، می توانید در هر زمانی آن را به صورت کتبی لغو کنید. لغو نمودن

شما بر هیچ استفاده یا افشای مجاز توسط مجوز شما در زمانی که این صلاحیت مدار اعتبار (در حالت اجرا) بود، تأثیر نمی گذارد. تا وقتی که شما مجوز (صلاحیت) کتبی به ما ندهید، ما از معلومات طبي شما برای هیچ هدف غیر از مواردی که در این اطلاعیه توضیح داده شده است، استفاده یا افشا نمی کنیم. ما معلومات را که در مورد شما داریم نمی فروشیم یا به بازار عرضه نمی کنیم.

تماس به مریض: ما ممکن از معلومات طبي شما برای تماس با شما یا نماینده مجاز شما از طریق تلفون یا ایمیل برای بحث در مورد معلومات صورتحساب استفاده کنیم، مگر اینکه شما هزینه خدمات مراقبت صحتی خود را مستقیماً پرداخت کنید.

مقتضیات صحت عامه: ما ممکن از معلومات طبي شما، بدون اجازه شما، در مواقعی که طبق قانون و در شرایط ذیل مورد نیاز باشد، استفاده کنیم و آن را افشا کنیم:

- برای صحت عمومی، از جمله گزارش امراض ساری، کودک آزاری، آزار و اذیت بزرگسالان، غفلت در مورد کودک یا خشونت خانگی؛
- برای جلوگیری از یک تهدید جدی و قریب الوقوع برای صحت یا محافظت؛
- برای نظارت بر مراقبت های صحتی، مانند فعالیت های مقامات دولتی صدور مجوز و بازبینی از جانب حریف، و آژانس های اجرای پیشگیری از تقلب؛
- به داکتران قانونی، با معاینه کنندگان طبي و مدیران تشییع جنازه؛
- طوری که طبق قوانین غرامت (جبران خساره) کارگران ایالتی صلاحیت داده شده باشد؛
- در پاسخ به محکمه و دستورات خاص اداری و دیگر مراحل قانونی؛
- به مقامات تفهیز قانون در رابطه با قربانیان جرم، جنایات در محل ما، گزارش جرم در مواقع عاجل، و شناسایی یا پیدا کردن مظنونان یا افراد دیگر؛
- به اردو، به مقامات فدرال برای فعالیت های قانونی جاسوسی، ضد جاسوسی و امنیت ملی، و به نهادهای اصلاحی و تفهیز قانون در مورد افرادی که در توقیف قانونی هستند؛ و
- ما نتایج آزمایش ایچ آی وی (HIV)، برخی از معلومات محرمانه طبي یا سوابق معالجه صحتی روانی را برای برخی از این اهداف بدون اجازه کتبی شما افشا نمی کنیم، مگر اینکه طبق قانون الزامی شود. نتایج آزمایش ایچ آی وی (HIV) شما، در صورت وجود، ممکن همانطور که در اساسنامه ویسکانسن §5252.15(a) ذکر شده است، افشا شود.

معلومات تماس: اگر در مورد حقوق خود تحت این اطلاعیه حفظ حریم خصوصی کدام سوالی دارید، لطفاً با افسر حریم خصوصی (Privacy Officer) تماس بگیرید. معلومات مشخص تماس در آخر این اطلاعیه موجود است.

فورمه ها: می توانید فورمه های لازم را برای اجرای حقوق خود از افسر حریم خصوصی (Privacy Officer) دریافت کنید. معلومات مشخص تماس در آخر این اطلاعیه موجود است

دسترسی: شما حق معاینه و دریافت یک کپی از معلومات طبی خود را دارید، به استثنای موارد محدود. برای دسترسی به معلومات طبی خود باید یک درخواست کتبی را ارائه کنید. ما حق حریم خصوصی شما را بشمول ارائه مکان های بدیل مورد توافق طرفین برای بررسی سوابق شما، تا حد امکان مساعد میکنیم.

ممکن برای کاپی از معلومات طبی شما، ارسال کاپی برای شما و تهیه هر گونه خلاصه یا توضیح معلومات طبی شما که درخواست می کنید، هزینه های معقول و مبتنی بر مصارف از شما طلب کنیم. برای معلومات از هزینه های (فیس ها) ما با استفاده از معلومات در آخر این اطلاعیه با ما تماس بگیرید.

توجه افشا: شما حق دارید یک فهرست از افشای برخی از معلومات صحی خود را همانطور که توسط قانون ارائه شده است، داشته باشید. در ظرف 60 روز پس از درخواست شما، ما معلومات را در مورد هر افشای قابل توجهی را که در طول دوره ای که شما درخواست توجه کرده اید، در اختیار شما قرار می دهیم.

تصحیح (تعدیل): شما حق دارید درخواست کنید که معلومات طبی و سوابق معالجه صحت روانی شما را تصحیح کنیم. درخواست شما باید کتبی باشد و باید توضیح دهد که چرا معلومات باید تصحیح شود. ممکن به دلایل مشخص درخواست شما را رد کنیم. اگر ما درخواست شما را رد کنیم، توضیح کتبی به شما ارائه خواهیم داد. اگر درخواست شما را پذیرفتیم، تصحیح را بخشی از معلومات طبی شما میکنیم و تلاش های معقول را به کار میگیریم تا دیگران را از تصحیحی که میدانییم آنها هم باید این تصحیح

سوالات و شکایات

اگر شما می خواهید معلومات بیشتر را در مورد شیوه های حفظ حریم خصوصی ما داشته باشید یا سوال یا نگرانی دارید، لطفاً با استفاده از معلومات تماس در آخر این اطلاعیه با افسر حریم خصوصی (Privacy Officer) تماس بگیرید.

اگر شما نگران هستید که ممکن ما حقوق حریم خصوصی شما را نقض کرده باشیم، یا با تصمیم که در مورد دسترسی به معلومات طبی شما گرفته ایم، در پاسخ به درخواستی که شما برای تصحیح (اصلاح)، محدود کردن استفاده یا افشای آن، یا ارتباط محرمانه که در مورد معلومات طبی خود ارائه کرده اید، مخالف هستید، شما می توانید با استفاده از معلومات تماس که در آخر این اطلاعیه ارائه شده است،

معلومات تماس

افسر حریم خصوصی (Privacy Officer)، صحت عامه منطقه مدیسون و دان (PHMDC)
507 .210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm
Madison, WI 53703-3346
(608) 266-4821

تاییدیه دریافت اطلاعیه اقدامات حریم خصوصی

طبق قوانین فدرال حفظ حریم خصوصی، ما مکلف هستیم که اطلاعیه اقدامات حریم خصوصی خود را به شما ارائه دهیم. این اطلاعیه معلومات را در مورد نحوه استفاده و افشای معلومات محافظت شده صحی شما تهیه میکند. ما مکلف هستیم که این اطلاعیه را به شما بدهیم. شما نیاز به امضا و بازگرداندن خبر دریافت (تاییدیه) ندارید. اگر مایلید که دریافت این اطلاعیه را تأیید کنید، لطفاً فورمه تأیید را امضا کنید و آن را همانطور که در بالا ذکر شده است به افسر حریم خصوصی (Privacy Officer) بازگردانید. اگر در مورد این اعتراف کدام سوالی دارید، لطفاً با افسر حریم خصوصی (Privacy Officer) همانطور که در بالا ذکر شده است تماس بگیرید.

را داشته باشند و شاید به معلومات تصحیح نشده تکیه کنند که به ضرر شما هستند و همچنین به افرادی که شما میخواهید این تصحیح را دریافت کنند، اطلاع دهیم.

محدودیت: شما حق دارید درخواست کنید که استفاده یا افشای معلومات طبی شما را برای معالجه، پرداخت یا عملیات مراقبت صحی، یا با خانواده، دوستان یا دیگرانی که شما آن ها را شناسایی می کنید، محدود کنیم. ما مکلف نیستیم که با درخواست شما موافقت داشته باشیم. اگر ما موافقت کنیم، به توافق خود پایبند می مانیم، به استثناء در موارد عاجل طبی یا در صورت لزوم یا صلاحیت توسط قانون.

خوردسالان (صغیر): مگر اینکه شما هدایت دیگری بدهید، ما معلومات صحی محافظت شده شما را در رابطه به معالجه و مراقبت از امراض مقاربتی، تنظیم خانواده، مراقبت های دوران حاملگی و دیگر زمینه های مراقبت، در صورتیکه طبق قانون لازم باشد، محرمانه نگه می داریم، مشروط به استثنائات ذکر شده در بالا.

ارتباطات محرمانه: ما ممکن برای ارائه یادآوری قرار (وعده ملاقات) با شما تماس بگیریم. شما این حق را دارید تا بخواهید که ما از طریق روش های بدیل یا مکان های بدیل که شما مشخص می کنید، در مورد معلومات طبی شما به صورت محرمانه با شما ارتباط برقرار کنیم. شما باید درخواست خود را به صورت کتبی (تحریری) مطرح کنید. شما باید درخواست خود را به تماسی که در آخر این اطلاعیه وجود دارد، ارسال کنید. شما می توانید از آن فورمه را برای درخواست خود دریافت کنید.

اگر درخواست شما معقول باشد، وسیله یا مکان بدیل را برای ارتباط محرمانه مشخص میکند، ما با آن موافقت خواهیم کرد. ما از شما نمی خواهیم تا دلیل درخواست خود را واضح کنید.

اطلاعیه الکترونیکی: اگر شما این اطلاعیه را در وب سایت ما یا از طریق پست الکترونیکی (ایمیل) دریافت کنید، شما حق دارید این اطلاعیه را به صورت کتبی دریافت کنید.

از ما شکایت کنید. همچنین می توانید یک شکایت کتبی به دفتر حقوق مدنی وزارت صحت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S. Department of Health and Human Services) ارسال کنید. شما می توانید به شماره تلفن 1-800-368-1019 یا دفتر حقوق مدنی (Office of Civil Rights) تماس بگیرید.

ما از حق شما برای حفظ حریم خصوصی معلومات طبی شما پشتیبانی می کنیم. اگر بخواهید با ما یا وزارت صحت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S. Department of Health and Human Services) شکایت کنید، ما به هیچ وجه انتقام نمی نمگیریم.

PUBLIC HEALTH MADISON AND DANE COUNTY

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. THE PRIVACY OF YOUR MEDICAL INFORMATION IS IMPORTANT TO US.

Our Legal Duty

We are required by law to maintain the privacy of your medical information and give you this notice about our legal duties and privacy practices, and your rights concerning your medical information. We must follow the privacy practices that are described in this notice while it is in effect. This Notice of Privacy Practices takes effect **September 15, 2013** and will remain in effect unless we replace it.

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this notice at any time, provided such changes are permitted by applicable law. We reserve the right to make the changes in our privacy practices and the new terms of our notice

effective for all medical information that we maintain, including medical information we created or received before we made the changes. Before we make a significant change in our privacy practices, we will change this notice, post the revised notice at each of our service delivery sites, and make the new notice available to our patients and others upon request.

You may request a copy of our notice at any time. For more information about our privacy practices, or for additional copies of this notice, please contact us using the information at the end of this notice.

Uses and Disclosures of Medical Information

Treatment: We may use your medical information, without your permission, to treat you. We may disclose your medical information, without your permission, to a physician or other health care provider for your treatment.

Payment: We may use and disclose your medical information, without your permission, to obtain or provide reimbursement for health care we provide to you, unless you pay for your health care services directly. If we bill Medicaid or Medicare for reimbursement, we will submit an electronic claim that includes your name and other personal information.

Health Care Operations: We may use and disclose your medical information for certain of our health care operations. Health care operations include:

- maintenance of protected health information that we receive or create may be preserved in electronic databases, some of which are operated by the State of Wisconsin, such as WEDSS and SPHERE.
- health care quality assessment and improvement activities;
- reviewing and evaluating health care provider and health plan performance, qualifications and competence, health care training programs, health care provider and health plan accreditation, certification, licensing and credentialing activities;
- conducting or arranging for medical reviews, audits, and legal services, including fraud and abuse detection and prevention; and
- business planning, development, management, and general administration, including customer service, de-identifying medical information, and creating limited data sets for health care operations, public health activities, and research.

Your Authorization: You may give us written authorization to use your medical information or to disclose it to anyone for any purpose. If you give us an authorization, you may revoke it in writing at any time. Your revocation will not

affect any use or disclosure permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us a written authorization, we will not use or disclose your medical information for any purpose other than those described in this notice. We will not sell or market information we have about you.

Patient Contact: We may use your medical information to contact you or your authorized representative via telephone or mail to discuss billing information, unless you pay for your health care services directly.

Public Health Requirements: We may use and disclose your medical information, without your permission, when required by law and in the following situations:

- for public health, including to report communicable disease, child abuse, and adult abuse, neglect or domestic violence;
- to avert a serious and imminent threat to health or safety;
- for health care oversight, such as activities of state licensing and peer review authorities, and fraud prevention enforcement agencies;
- to coroners, medical examiners and funeral directors;
- as authorized by state worker's compensation laws;
- in response to court and certain administrative orders and other lawful process;
- to law enforcement officials with regard to crime victims, crimes on our premises, crime reporting in emergencies, and identifying or locating suspects or other persons;
- to the military, to federal officials for lawful intelligence, counterintelligence, and national security activities, and to correctional institutions and law enforcement regarding persons in lawful custody; and

We may not disclose HIV test results, certain confidential medical information or mental health treatment records for certain of these purposes without your written permission, unless required by law. Your HIV test results, if any, may be disclosed as set forth in Wisconsin Statutes §252.15(5)(a).

Individual Rights

Contact Information: If you have any questions about your rights under this privacy notice please contact the Privacy Officer. Specific contact information is located at the end of this notice.

Forms: You may obtain necessary forms to exercise your rights from the Privacy Officer. Specific contact information is located at the end of this notice

Access: You have the right to examine and to receive a copy of your medical information, with limited exceptions. You must make a written request to obtain access to your medical information. We will accommodate your right of privacy as is reasonably possible, including providing mutually agreed upon alternative locations for you to review your records.

We may charge you reasonable, cost-based fees for a copy of your medical information, for mailing the copy to you, and for preparing any summary or explanation of your medical information you request. Contact us using the information at the end of this notice for information about our fees.

Disclosure Accounting: You have the right to a list of certain disclosures of your health information as is provided by law. Within 60 days of your request, we will provide you with information about each accountable disclosure that we made during the period for which you request the accounting.

Amendment: You have the right to request that we amend your medical information and mental health treatment records. Your request must be in writing, and it must explain why the information should be amended. We may deny your request for specified reasons. If we deny your request, we will provide you a written explanation. If we accept your request, we will make your amendment part of your medical information and use

reasonable efforts to inform others of the amendment who we know may have and rely on the unamended information to your detriment, as well as persons you want to receive the amendment.

Restriction: You have the right to request that we restrict our use or disclosure of your medical information for treatment, payment or health care operations, or with family, friends or others you identify. We are not required to agree to your request. If we do agree, we will abide by our agreement, except in a medical emergency or as required or authorized by law.

Minors: Unless you direct otherwise, we will keep your protected health information confidential regarding treatment and care for sexually transmitted diseases, family planning, prenatal care and other areas of care if required by law, subject to exceptions stated above.

Confidential Communication: We may contact you to provide appointment reminders. You have the right to request that we communicate with you about your medical information in confidence by alternative means or to alternative locations that you specify. You must make your request in writing. You should submit your request to the contact at the end of this notice. You may obtain a form from that contact to make your request.

We will accommodate your request if it is reasonable, specifies the alternative means or location for confidential communication. We will not ask you to explain the reason for your request.

Electronic Notice: If you receive this notice on our web site or by electronic mail (e-mail), you are entitled to receive this notice in written form.

Questions and Complaints

If you want more information about our privacy practices or have questions or concerns, please contact the Privacy Officer using the information at the end of this notice.

If you are concerned that we may have violated your privacy rights, or you disagree with a decision we made about access to your medical information, in response to a request you made to amend, restrict the use or disclosure of, or communicate in confidence about your medical information, you may complain to us using the contact information at the end of this

notice. You also may submit a written complaint to the Office for Civil Rights of the United States Department of Health and Human Services. You may contact the Office of Civil Rights' Hotline at 1-800-368-1019.

We support your right to the privacy of your medical information. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or with the U.S. Department of Health and Human Services.

Contact Information

Privacy Officer, Public Health Madison and Dane County
210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
(608) 266-4821

Acknowledgement of Notice of Privacy Practices

Under federal privacy laws we are required to provide you with our Notice of Privacy Practices. This notice provides information about how we may use and disclose your protected health information. We are required to give you this notice. You are not required to sign and return an acknowledgement. If you would like to acknowledge receipt of this Notice, please sign the acknowledgement form and return it to the Privacy Officer as listed above. If you have any questions regarding this acknowledgement, please contact the Privacy Officer as listed above.

SANTÉ PUBLIQUE – MADISON ET COMTÉ DE DANE

AVIS SUR LES PRATIQUES DE CONFIDENTIALITÉ

LE PRÉSENT AVIS EXPLIQUE COMMENT VOS RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS PEUVENT ÊTRE UTILISÉS ET DIVULGUÉS ET COMMENT VOUS POUVEZ Y ACCÉDER. VEUILLEZ LE LIRE ATTENTIVEMENT. LA CONFIDENTIALITÉ DE VOS RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS NOUS IMPORTE.

Notre obligation juridique

En vertu de la législation fédérale et de l'État, nous devons assurer la confidentialité de vos renseignements médicaux personnels. Nous devons également vous fournir cet avis sur nos pratiques de confidentialité, nos obligations juridiques et nos droits concernant vos renseignements médicaux personnels. Nous devons suivre les pratiques de confidentialité décrites dans cet avis tant qu'il est en vigueur. Le présent avis a été mis en vigueur le 15 Septembre 2013 et le demeurera sauf si nous le remplaçons.

Nous nous réservons le droit de modifier nos pratiques de confidentialité et les modalités de cet avis en tout temps, à condition que ces modifications soient autorisées par la loi applicable. Nous nous réservons le droit de modifier nos pratiques de confidentialité et les

nouvelles modalités de cet avis en vigueur concernant tous les renseignements médicaux que nous détenons, y compris ceux que nous produisons ou recevons avant d'effectuer les modifications. Avant d'apporter des modifications significatives à nos pratiques de confidentialité, nous modifierons cet avis, nous afficherons l'avis modifié dans toutes nos installations de prestation de services et nous mettrons le nouvel avis à la disposition de nos patients et autres personnes sur demande.

Vous pouvez demander une copie de notre avis en tout temps. Pour de plus amples renseignements sur nos pratiques de confidentialité ou pour obtenir des copies supplémentaires de cet avis, veuillez nous contacter en utilisant les coordonnées fournies à la fin de ce document.

Modes d'utilisation et de divulgation des renseignements médicaux

Traitement : Nous pouvons utiliser vos renseignements médicaux personnels, sans votre autorisation, dans le but de vous soigner. Nous pouvons divulguer vos renseignements médicaux personnels, sans votre autorisation, à un médecin ou autre prestataire de soins médicaux dans le cadre de votre traitement. Si nous vous transportons à un hôpital, nous pourrions divulguer vos renseignements médicaux personnels pour les besoins de votre traitement.

Paiement : Nous pourrions utiliser et divulguer vos renseignements médicaux personnels, sans votre autorisation, pour obtenir ou fournir un remboursement de soins médicaux que nous vous fournissons, sauf si vous payez vos soins de santé directement. Si nous facturons des frais à Medicaid ou à Medicare aux fins de remboursement, nous soumettrons une demande électronique incluant votre nom et autres renseignements personnels.

Activités liées à la prestation de soins médicaux : Nous pourrions divulguer vos renseignements médicaux personnels pour les besoins de certaines de nos activités liées à la prestation de soins médicaux. Celles-ci comprennent notamment :

- les renseignements médicaux que nous recevons ou créons peuvent être gardés dans des bases de données électroniques dont certaines, telles que WEDSS, WIR et SPHERE, sont entretenues par l'État de Wisconsin,
- l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins de santé ;
- l'examen et l'évaluation du fournisseur de soins médicaux et de la performance du système de soins, des qualifications et compétences, des programmes de formation en soins médicaux, de l'habilitation du prestataire et du système de soins médicaux, ainsi que de la certification, de l'autorisation d'exercer et de la délivrance des titres et certificats ;
- la conduite et l'organisation des examens médicaux, des audits et des services juridiques, y compris la détection et la prévention des fraudes et des abus ;
- la planification, le développement, la gestion et l'administration générale des activités, notamment le service à la clientèle, la dépersonnalisation des renseignements médicaux et la création d'ensembles de données limitées pour les activités de soins de santé, de santé publique et de recherche.

Votre autorisation : Vous pouvez fournir l'autorisation écrite d'utiliser vos renseignements médicaux personnels ou de les divulguer à quiconque pour quelque raison que ce soit. Si vous nous fournissez une autorisation, vous pouvez l'annuler par écrit en tout temps. Votre annulation n'aura aucune incidence sur l'utilisation ou la divulgation visée par votre autorisation pendant que celle-ci était en vigueur. Sans autorisation écrite de votre part, nous n'utiliserons et ne divulguons vos renseignements personnels médicaux à aucune autre fin que celle

décrite dans cet avis. Nous n'allons pas vendre ou commercialiser les renseignements que nous avons sur vous.

Contact avec le patient : Nous pourrions utiliser vos renseignements médicaux personnels pour vous contacter ou pour contacter votre représentant autorisé par téléphone ou par courrier afin de discuter de la facturation, sauf si vous payez vos soins de santé directement.

Santé publique et prestations : Nous pourrions utiliser ou divulguer vos renseignements médicaux personnels, sans votre autorisation, lorsque la loi l'exige et dans les cas suivants :

- pour des raisons de santé publique, notamment pour signaler une maladie contagieuse, des violences à l'endroit d'un enfant ou d'un adulte, des négligences ou violences familiales ;
- pour signaler une menace sérieuse et imminente à l'endroit de la santé ou de la sécurité ;
- pour la surveillance des soins de santé, notamment pour les activités des services de délivrance de licences et de contrôle par les pairs, ou de répression de la fraude ;
- aux coroners, aux médecins légistes et aux entrepreneurs des pompes funèbres ;
- dans les limites autorisées par la législation sur les indemnités des accidents du travail ;
- en réponse au tribunal et à certaines autorités administratives et autres processus d'actes judiciaires ;
- aux responsables de l'application de la loi dans les cas de victimes de crimes, de crimes qui se sont déroulés sur nos lieux, de rapports de crime aux urgences ou pour identifier ou retrouver des suspects ou autres personnes ;
- aux autorités militaires ou fédérales pour fournir des renseignements légitimes et dans le cas d'activités de contre-espionnage ou de sécurité nationale, ainsi qu'aux établissements correctionnels et d'application de la loi concernant des personnes légalement détenues

Vous pourriez choisir de ne pas utiliser ou divulguer vos renseignements médicaux personnels en vertu d'une demande écrite d'un organisme gouvernemental, sauf si la divulgation est requise par la loi. Nous pourrions ne pas divulguer les résultats du test VIH, certains renseignements médicaux confidentiels ou certains dossiers de traitement de santé mentale dans certains de ces cas sans votre autorisation écrite, sauf si la loi l'exige. Vos résultats du test VIH, le cas échéant, peuvent être divulgués tels que prévu par la législation du Wisconsin, §252.15(5)(a).

Droits individuels

Contact : Si vous avez des questions sur vos droits que vous confère cet avis sur nos pratiques de confidentialité, veuillez contacter le préposé au Service de la protection de la confidentialité. Les coordonnées spécifiques figurent à la fin de cet avis.

Formulaires : Vous pouvez vous procurer les formulaires nécessaires pour vous prévaloir de vos droits auprès du préposé au Service de la protection de la confidentialité. Les coordonnées spécifiques figurent à la fin de cet avis.

Accès : Vous avez le droit d'examiner et de recevoir une copie de vos renseignements médicaux personnels, à quelques exceptions près. Pour ce faire, vous devez soumettre une demande écrite. Pour protéger votre droit au domaine privé, nous ferons tout arrangement possible raisonnablement, y compris trouver de commun accord un lieu alternatif pour l'examen de votre dossier.

Nous pourrions appliquer des frais raisonnables et basés sur les coûts à la fourniture d'une copie de vos renseignements médicaux personnels, à l'envoi de la copie et à la préparation d'un résumé ou d'une explication des renseignements médicaux personnels que vous demandez. Contactez-nous en utilisant les coordonnées figurant à la fin de cet avis pour vous renseigner sur le montant de ces frais.

Déclaration des divulgations : Vous avez le droit d'obtenir une liste de certaines divulgations de vos renseignements médicaux personnels comme prévu par la loi. Dans les 60 jours de votre demande, nous vous fournirons les informations relatives à chaque divulgation que nous avons faite pendant la période sur laquelle porte votre demande. Toutefois, nous ne sommes pas obligés de rendre compte d'une divulgation qui a eu lieu plus de 6 ans avant la date de votre demande et nous ne déclarerons pas celles qui ont eu lieu avant le 14 avril 2003.

Modification : Vous avez le droit de nous demander de modifier vos renseignements médicaux personnels et vos dossiers de santé mentale. Votre demande doit être écrite et expliquer pourquoi les renseignements devraient être modifiés.

Pour des raisons précises, nous pouvons rejeter votre demande. Dans ce cas, nous vous fournirons une explication par écrit. Si nous acceptons votre demande, nous apporterons ces modifications à vos renseignements médicaux personnels et nous ferons notre possible pour en informer les personnes qui d'après nous possèdent les renseignements non modifiés et pourraient les utiliser à votre détriment, ainsi que les personnes à qui vous souhaiteriez que nous communiquions les modifications.

Limites : Vous avez le droit de demander que nous limitions l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements médicaux personnels aux activités de traitement, de paiement ou de soins médicaux ou à votre famille, à vos amis ou aux personnes que vous signalez. Nous ne sommes pas obligés de satisfaire votre demande. Toutefois, si nous l'acceptons, nous serons liés par notre entente, sauf en cas d'urgence médicale ou conformément à la loi, ou encore dans les limites autorisées par la loi.

Mineurs : Sauf si vous l'indiquez autrement, nous garderons vos renseignements médicaux protégés et personnels, confidentiels pour ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles, la planification familiale, les soins prénataux et d'autres domaines exigés par la loi, sous réserve des exceptions déclarées ci-dessus.

Communication confidentielle : Vous avez le droit de demander que nous vous communiquions confidentiellement vos renseignements personnels par d'autres moyens ou à d'autres endroits que vous précisez. Vous devez soumettre votre demande par écrit, préférablement au contact figurant à la fin de cet avis. Ce contact pourrait vous faire parvenir un formulaire pour soumettre votre demande.

Nous satisferons votre demande si elle est raisonnable et si elle précise les autres moyens ou autre endroit que vous souhaitez utiliser pour recevoir une communication confidentielle. Nous ne vous demanderons pas la raison de votre demande.

Avis électronique : Si vous recevez cet avis sur notre site Internet ou par courrier électronique (e-mail), vous avez également le droit de le recevoir dans le format imprimé.

Questions et plaintes

Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements sur nos pratiques de confidentialité et si vous avez des questions ou préoccupations, veuillez contacter le préposé au Service de la protection de la confidentialité dont les coordonnées figurent à la fin de cet avis.

Si vous pensez que nous avons enfreint vos droits en matière de confidentialité ou si vous n'êtes pas d'accord avec une décision que nous avons prise à propos de l'accès à vos renseignements médicaux personnels ou d'une réponse à une demande de les modifier, d'en limiter l'utilisation ou la divulgation ou de vous les communiquer confidentiellement, vous pouvez nous soumettre une plainte en utilisant les coordonnées de contact figurant à la fin de cet avis. Vous pouvez

également soumettre une plainte par écrit à l'Office for Civil Rights of the United States Department of Health and Human Services (Direction des Droits de la personne du ministère américain des Ressources humaines en santé). Vous pouvez composer le numéro de la ligne d'assistance de l'Office for Civil Rights 1 800 368 1019.

Nous appuyons votre droit à la confidentialité de vos renseignements médicaux personnels. Nous n'exercerons aucunes représailles de quelque nature que ce soit si vous choisissez de nous soumettre une plainte ou de la soumettre à l'U.S. Department of Health and Human Services.

Coordonnées de contact

Préposé au Service de la protection de la confidentialité
Public Health-Madison and Dane County 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
608 266 4821

Accusé de réception de l'Avis sur nos pratiques de confidentialité

En vertu de la législation fédérale relative à la protection de la confidentialité, nous devons vous fournir notre Avis sur les Pratiques de confidentialité. Cet Avis fournit des informations sur la façon dont nous pourrions utiliser et divulguer vos renseignements médicaux personnels. Nous sommes obligés de vous fournir cet Avis. Vous n'êtes pas obligé de signer et de renvoyer l'accusé de réception. Si vous souhaitez accuser réception de l'Avis, veuillez signer le formulaire d'accusé de réception et le renvoyer à : Préposé au Service de la protection de la confidentialité indiqué ci-dessus. Si vous avez des questions concernant cet accusé de réception, veuillez contacter le préposé au Service de la protection de la confidentialité indiqué ci-dessus.

PUBLIC HEALTH MADISON AND DANE COUNTY

TSAB CAI QHIA SIV YUS TUG (PRIVACY PRACTICES NOTICE)

TSAB CAI NO QHIA TXOG KEV SIV THIAB MUAB KOJ COV NTAUV KHO MOB THIAB KOJ MUAJ CUAB KAV TAU COV NTAUV NO LI CAS. UA TWB ZOO NYEEM NWS KOM ZOO. KOJ NTIAG TUG COV NTAUV KHO MOB TSEEM CEEB HEEV RAU PEB.

Peb Teg Dej Num Raws Txoj Cai

Kom Peb yuav tsum ua raws txoj cai lij choj los tswj koj ntiag tug cov ntauv kho mob thiab muab rau koj tsab ntauv qhia siv txog ntawm peb tej dej num raws txoj cai thiab tsab cai siv yus tug, thiab koj qhov muaj cai txhawj hais txog koj cov ntauv kho mob. Peb yuav tsum ua raws txoj cai siv yus tug tau qhia hauv tsab ntauv qhia siv no thaum tsim tau los siv. Tsab cai qhia siv yus tug no siv thaum lub Cuaj Hlis 15, 2013, thiab yuav siv mus tshwj yog peb muab nws hloov tawm.

Peb muaj cai pauv peb txoj cai siv yus tug thiab cov ntsiab lus ntawm tsab cai qhia no tau txhua lub sij hawm, qhov muab pauv nov yeej tso cai nyob hauv txoj cai lij choj. Peb muaj cai pauv hauv peb tsab cai siv yus tug thiab cov ntsiab lus tshiab hauv peb tsab cai

qhia siv kom siv tau rau cov ntauv kho mob txhua yam uas peb muaj, xam cov ntauv kho mob peb tsim tau los sis tau txais los ua ntej peb muab pauv. Ua ntej peb pauv ib qhov ntau hauv peb tsab cai siv yus tug, peb yuav pauv tsab ntauv qhia siv no, muab tsab ntauv qhia siv pauv ntaud tso tawm rau peb cov chaw ua hauj lwm txhua lub, thiab ua tsab ntauv qhia siv kho tshiab kom muaj pub rau peb cov neeg mob thiab lwm tus yog xav tau.

Koj muaj cai thov tau peb ib tsab ntauv qhia siv thaum twg los tau. Xav paub ntxiv txog peb tsab cai siv yus tug, los sis xav tau ntau tsab ntawm tsab ntauv qhia siv nov, thov mus cuag peb uas siv cov ntauv qhia ntawm nplooj ntauv kawg hauv tsab ntauv qhia siv no.

Siv Thiab Muab Cov Ntauv Kho Mob

Kev kho Mob: Peb kuj yuav siv koj cov ntauv kho mob, tsis tas tau koj kev tso cai, los kho koj. Peb kuj yuav muab koj cov ntauv kho mob, tsis tas tau koj kev tso cai, mus rau ib tug kws kho mob los sis lwm lub tsev kho mob los kho koj tus mob.

Them Nuj Nqi: Peb kuj yuav siv thiab muab koj cov ntauv kho mob, tsis tas tau koj kev tso cai, kom tau los sis muab them tej nuj nqi peb muab kev kho mob rau koj, tshwj yog koj them koj cov nuj nqi kho mob ncaj nraim mus. Yog tias peb xa cov nqi mus rau Medicaid los sis Medicare kom lawv them, peb yuav xa ib daim nqi ua electronic claim muaj koj lub npe thiab lwm yam ntaub ntauv ntiag tug nrog mus.

Kev Khiav Dej Num Kho Mob: Peb kuj yuav siv thiab muab koj cov ntauv kho mob mus rau peb tej yam kev khiav dej num kho mob. Kev khiav dej num kho mob yog:

- khaws tseg cov ntauv kho mob raug tiv thaiv uas peb tau txais los sis tsim tau kuj yuav tau khaws tseg hauv hluav taws xob (electronic databases), muaj ib cov ua los ntawm State of Wisconsin, xws li yog WEDSS, WIR thiab SPHERE.
- ntsuam xyuas tej kev kho mob zoo thiab yam ua kom zoo ntxiv tuaj;
- rov xyuas thiab ntsuam xyuas cov neeg kho mob thiab tej kev kho mob, tej kev txawj thiab paub, tej kev xyaum kho mob, cov neeg kho mob thiab tej kev txawj kho mob ua tau zoo, ntauv lees paub, ntauv tso cai thiab tej kev txawj ntse ntau yam;
- kev ua rau los sis kev npaj tshawb xyuas kev kho mob, kev raug tshawb, thiab kev plaub ntug, xws li tej kev dag tau thiab tsim txom kev tshawb xyuas thiab kev tiv thaiv; thiab
- kev npaj lag ua luam, kev txhim kho, kev tswj fwm, thiab kev ua hauj lwm txhua yam, xws li tej kev pab pej xeem, kev siv ntauv kho mob los zeem, thiab tsim cov ntauv los pab khiav tej kev kho mob, tswj xyuas kev noj qab haus hu, thiab tshawb nrhiav.

Koj Kev Tso Cai: Koj kuj sau ntauv tso cai rau peb siv koj cov ntauv kho mob los sis muab mus rau leej twg ua dab tsi los tau. Yog sau ntauv tso cai ib qhov rau peb tuav lawm, koj kuj sau ntauv rov rho nws tawm thaum twg los tau. Koj qhov rov rho tawm yuav tsis raug tej kev siv los sis muab rau twb yeej pom zoo los ntawm koj qhov kev tso cai uas nws tseem siv tau. Tshwj yog koj sau ib daim ntauv tso cai rau peb, peb yuav tsis siv los sis muab koj cov

ntauv kho mob mus ua lwm yam tsuas yog muab raws cov teev muaj hauv tsab ntauv qhia siv no xwb. Peb yuav tsis muab cov ntauv peb muaj hais txog koj muag los sis ua lag luam.

Xa Xov Rau Neeg Mob: Peb kuj yuav siv koj cov ntauv kho mob xa xov tuaj rau koj los sis rau tus neeg koj tso cai sawv cev koj uas yog hu xov tooj los sis xa ntauv tham hais txog cov nuj nqis, tshwj yog koj them koj cov nuj nqi kho mob ncaj nraim mus.

Kev Noj Qab Haus Huv Kom Yuav Tsum Ua: Peb kuj yuav siv thiab muab koj cov ntauv kho mob, tsis tas tau koj qhov tso cai, yog muaj raws hauv txoj cai lij choj thiab raws li cov nqe nram no:

- rau kev noj qab haus huv, xam rau qhia txog tej kab mob sib kis, kev tsim txom me nyuam, kev tsim txom cov laus, kev tso thab keeb tim puam los sis kev sib ceg sib ntaus;
- rau tej kab mob kev nkeeg loj thiab ua raug mob los sis raug phom sij;
- rau kev saib xyuas mob, xws li tej yam rau hauv lub xeev (state) muab ntauv tso cai thiab muab kev tso cai rov xyuas, thiab rau cov chaw hauj lwm tiv thaiv raug kev dag tau;
- rau cov neeg tshaj moo tuag, cov neeg kuaj mob thiab cov thawj coj hauv tsev txias;
- raws tau kev tso cai hauv xeev (state) txoj cai lij choj ua hauj lwm raug mob
- rau hauv tsev tu plaub ntug thiab tej yam kom muab kev tswj xyuas thiab lwm yam raws txoj cai;
- rau cov tub ceev xwm xyuas tus neeg raug txhaum cai, kev txhaum cai ntawm peb tej vaj tsev, qhia tej xwm ceev txhaum cai, thiab kev zeem tus neeg los sis nrhiav cov neeg tau ua txhaum cai los sis lwm tus neeg;
- rau kev ua rog, rau tsoom hwv cov tub ceev xwm xyuas tej kev ua txhaum cai, cov neeg tswj kev ruaj ntseg, thiab xyuas tswj kev ruaj ntseg tiv thaiv lub teb chaws, thiab rau cov tsev laj kuj thiab cov tub ceev xwm tswj fwm cov neeg raug txim txhom tau; thiab

Peb kuj yuav tsis muab cov ntauv kuaj mob HIV, tej yam ntauv kho mob txwv tsis pub qhia los sis cov ntauv kho mob kaj siab rau tej yam kev siv no yog tsis tau koj sau ntauv tso cai, tshwj yog ua raws txoj cai lij choj. Koj cov ntauv kuaj mob HIV, yog muaj, kuj yuav muab raws txoj cai lij choj Wisconsin Statutes 252.15(5)(a).

Yus Muaj Txoj Cai

Kev Xa Xov Sib Cuag: Yog koj muaj lus nug dab tsi txog koj txoj cai nyob hauv tsab cai siv yus tug nov thov mus cuag Tus Neeg Tswj Txoj Cai Siv Yus Tug (Privacy Officer). Muaj qhia meej nyob rau hauv nplooj ntawv kawg ntawm tsab cai no.

Cov Foos (Forms:) Koj kuj yuav muab tau siv cov foos ntawm Tus Neeg Tswj Txoj Cai Siv Yus Tug los siv koj txoj cai. Muaj qhia meej nyob rau hauv nplooj ntawv kawg ntawm tsab cai no.

Muab Tau: Koj muaj cai ntsuam xyuas thiab txais tau ib tsab ntawv luam ntawm koj cov ntawv kho mob, tsis muaj ntau yam. Koj yuav tsum sau ntawv thov mus muab koj cov ntawv kho mob thiab tau. Peb yuav ua raws koj txoj cai siv yus tug kom tau raws siab nyiam, uas kam muab kev pom zoo rau koj mus ntsuam xyuas koj cov ntawv pov thawj rau lwm qhov chaw los tau.

Peb kuj yuav tsub me ntsis nqi rau koj, ua nqi luam koj cov ntawv kho mob, xa cov ntawv luam tau tuaj rau koj, thiab npaj sau ntawv qhia los sis piav kom meej txog koj cov ntawv kho mob koj tau thov. Mus cuag peb siv cov ntawv qhia nyob hauv nplooj ntawv kawg ntawm tsab ntawv qhia siv no xyuas peb qhov nqi.

Muab Cov Ntawv Mus: Koj muaj cai tau ib tsab ntawv teev tej yam ntawm koj cov ntawv kho mob raws txoj cai lij choj. Nyob hauv 60 hnub ntawm qhov koj thov, peb yuav muab cov ntawv qhia txog ntawm cov ntawv peb tau muab mus lawm nyob rau lub caij nyooog uas koj thov cov ntawv teev ntawv tseg.

Sau Ntawv Ntxiv Rau: Koj muaj cai thov kom peb sau ntxiv rau koj cov ntawv kho mob thiab cov ntawv pov thawj kho mob kaj siab. Koj yuav tsum tau sau ntawv mus thov, thiab yuav tsum tau piav qhia kom meej vim li cas ho yuav kom sau ntxiv rau cov ntawv. Peb kuj yuav tsis kam rau qee yam koj thov. Yog tias peb tsis kam rau qhov koj thov, peb mam sau ntawv piav qhia tuaj rau koj. Yog peb kam rau qhov koj thov, peb yuav sau ntxiv rau koj cov ntawv kho mob thiab siv yam muaj txiaj ntsim mus qhia lwm tus

txog ntawm qhov sau ntawv ntxiv rau yog cov peb paub muaj feem thiab yuav cia cov ntawv tsis tau sau ntxiv ntawv rau koj ua tus muab, thiab rau cov neeg koj xav kom tau txais cov ntawv sau ntxiv rau.

Kev Txwv: Koj muaj cai thov txwv tsis pub peb siv los sis muab koj cov ntawv kho mob mus ua kev kho mob, them nuj nqi los sis ua kev khiav kho mob, los sis rau tsev neeg, tej phooj ywg los sis lwm tus koj muab npe. Txoj cai tsis kom peb pom zoo qhov koj thov. Yog peb pom zoo, peb yuav ua raws peb qhov kev pom zoo, tshwj yog ib qhov kho mob hnyav ceev los sis ua raws los sis tau tso cai hauv txoj cai lij choj.

Cov Me Nyuam Yaus: Tshwj yog koj twb tau qhia lawm, peb yuav khaws koj cov ntawv kho mob tau tiv thaiv tsis pub neeg paub hais txog kev kho mob thiab kev kho tej kab mob los ntawm kev sib deev, kev npaj tsim cuab yig, kev tu cev xeeb tub thiab lwm yam kev kho mob yog kom ua raws txoj cai lij choj, tshwj yog cov tsis tau teev saum toj no.

Kev Xa Xov Tsis Pub Neeg Paub: Peb kuj yuav qhia rau koj uas muab qhia qhov teem caij kom nco tau. Koj muaj cai thov kom peb xa xov tuaj rau koj txog ntawm koj cov ntawv kho mob hauv qhov tso siab los ntawm lwm txoj kev los sis lwm qhov chaw koj xav tau. Koj yuav tsum tau sau ntawv thov. Koj yuav tau xa koj tsab ntawv thov mus rau ntawm nplooj ntawv kawg ntawm tsab ntawv qhia siv no. Koj kuj muab tau ib daim foos ntawm qhov chaw ntawd siv ua qhov koj thov los tau.

Peb yuav muab kev koom tes rau qhov koj thov yog nws muaj txiaj ntsim txaus, qhia kom meej lwm txoj kev los sis lwm qhov chaw xa xov tsis pub neeg paub. Peb yuav tsis kom koj piav qhia qhov txiaj ntsim rau qhov koj thov ntawd.

Xa Xov Hauv Hluav Taws Xob: Yog koj tau txais tsab ntawv qhia siv no hauv peb lub website los sis hauv hluav e-mail, koj muaj cai tau txais tsab ntawv qhia siv no sau ua ntawv.

Lus Nug thiab Kev Tsis Txaus Siab

Yog koj xav paub ntau ntxiv txog peb tsab cai siv yus tug los sis muaj lus nug los sis tsis txaus siab qhov twg, thov mus cuag peb Tus Neeg Tswj tsab cai siv yus tug uas siv cov ntawv qhia hauv nplooj ntawv kawg ntawm tsab ntawv qhia siv no.

Yog koj tsis txaus siab tias tsam peb tau ua txhaum koj txoj cai siv yus tug, los sis koj tsis pom zoo qhov kev txiaj txim peb tau ua txog muab koj cov ntawv kho mob, teb qhov koj tau thov kom sau ntawv ntxiv rau, txwv tsis pub siv los sis muab, los sis tso siab xa xov txog ntawm koj cov ntawv kho mob, koj kuj hais qhov koj tsis txaus siab mus rau peb uas siv cov ntawv qhia ntawm nplooj ntawv

kawg ntawm tsab ntawv qhia siv no. Thiab koj kuj sau ntawv tsis txaus siab xa mus rau lub Tsev Tswj Kev Ncaj Ncees hauv Teb Chaw (Office for Civil Rights of the United States Department of Health and Human Services). Koj kuj hu tau rau Tsev Tswj Kev Ncaj Ncees (Office of Civil Rights) ntawm 1-800-368-1019.

Peb pab txhawb koj txoj cai siv yus tug ntawm koj cov ntawv kho mob. Peb yuav tsis cam dab tsi li yog tias koj txiaj txim siab sau ntawv foob qhov tsis txaus siab rau hauv peb los sis rau hauv U.S. Department of Health and Human Services.

Kev Qhia Mus Cuag

Privacy Officer, Public Health Madison and Dane County
210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
(608) 266-4821

Kev Lees Paub Ntawm Tsab Cai Qhia Siv Yus Tug

Nyob hauv tsoom fwm teb chaws txoj cai li choj siv yus tug yuav tsum kom peb muab peb tsab cai qhia siv yus tug rau koj. Tsab ntawv qhia siv nov muab qhia qhov peb yuav siv thiab muab koj cov ntawv kho mob raug tiv thaiv li cas. Yuav tsum kom peb muab Tsab Ntawv qhia siv no rau koj. Yuav tsis kom koj yuav tsum xee npe thiab muab rov qab ib daim ntawv lees paub. Yog koj xav lees paub tau txais Tsab Ntawv Qhia Siv nov, thov xee npe rau tsab ntawv lees paub thiab xa nws rov mus rau tus Privacy Officer teev tseg saum toj no. Yog koj muaj lus nug dab tsi txog tsab ntawv lees paub nov, thov mus cuag tus Privacy Officer tau teev tseg saum toj no.

ITANGAZO RYO GUKORA UBUGUMYA BANGA

IRI TANGAZO RIYAGA UKO AMAKURU YO KWIVUZA AJANYE N'UKO WOYAKOresha N'UKO WOYAYAGA
N'UKO WOGERA KUR'AYA MAKURU. NYABUNA YISOME WITONZE.
UBUGUMYA BANGA BW'AMAKURU Y'UBUVUZI YANJE NI INGENZI KURI TWE.

Ivyo amategeko adusaba

Dusabwa n'amategeko gucungera ubugumya banga ku makuru y'ubuvuzi yawe no kuguheza iri tangazo riyaga ivyo amategeko agusaba n'ivyo gukora mu bugumya banga, n'amateka ajanye n'amakuru y'ubuvuzi bwawe. Tugomba gukurikiza ivyo gukora mu bugumya banga biyagwa muri iri tangazo mu gihe rikiraho. Iri tangazo ry'ivyo gukora mu bugumya banga ritangura Ku ya 15 Nyakanga, 2013 ndetse rizakomeza kubaho kugeza turisimbujye.

Twemerewe iteka ryo guhindura ivyo gukora mu bugumya banga n'amategeko y'iri tangazo buri gihe, tanga izo mpinduka yemewe n'itegeko. Dufite iteka ryo guhindura ivyo gukora mu bugumya banga n'amategeko mashya y'itangazo ryacu rijanye

n'amakuru yose y'ubuvuzi tunyegera, harimwo amakuru y'ubuvuzi twashizeko cangwe twakiriye mbere yo gukora impinduka. Mbere yo gukora impinduka zigaragara mu vyo gukora mu bugumya banga, tuzohindura iri tangazo, dutangaze itangazo risha kuri buri fasi itangigwako serivisi, ndetse no guheza itangazo risha kuboneka ku bagwayi bacu n'abandi bisabwe.

Wosaba kopi ry'itangazo ryacu buri gihe. Ku yandi makuru ajanye n'ivyo gukora mu bugumya banga, cangwe ku zindi kopi z'iri tangazo, nyabuna duhamagare ukoresheje amakuru ari ku mpera z'iri tangazo.

Uko akoreshwa no kuyaga amakuru y'ubuvuzi

Ubuvuzi: Twokoresha amakuru yawe y'ubuvuzi, ataruhusa gwawe, kugira uvurwe. Twayaga amakuru yawe y'ubuvuzi, ataruhusa gwawe, ku muganga, cangwe abandi batanga ubuvuzi kuri wewe.

Ubwishu: Twokoresha kandi twoyaga amakuru yawe y'ubuvuzi, ataruhusa gwawe, kugira turonke cangwe dutange ubwishu ku buvuzi twoguhaye, keretse wishuye ubuvuzi bwawe ako kanya. Duciye amahera Medicaid cangwe medicare ku bwishu, tuzotanga gusaba biriho amazina yawe n'andi makuru yenyegera.

Uko abavura bakora: Twokoresha ndetse tukayaga amakuru yawe y'ubuvuzi mu bikogwa vy'abavura. Ibikogwa vy'abavura birimo:

- Kubika amakuru y'amagara akomwe twakira cangwe turema ashobora kubikwa mu ikoranabuhinga, amwe akogwa na reta ya Wisconsin, nka WEDSS na SPHERE.
- ibikogwa vyo gusuzuma no guteza imbere ibikogwa vy'ubuvuzi;
- gusuzuma no guhararura abatanga ubuvuzi n'uko imigambi y'ubuvuzi ikora, ubushobozi n'imbaraga, porogaramu y'amahugugwa y'abavura, abavura n'imigambi y'abavura kwemegwa n'ibikogwa vyo guha icubahiro;
- gukora cangwe gutezanya amasuzuma y'ubuvuzi, gucencura, na serivisi z'amategeko, harimwo amanyanga no kumenya amakosa no kuyivuna; na
- imigambi y'ubudandaji, gukura, gucunga, n'uburongozi rusangi, harimwo serivisi y'abakiriya, kutamenya amakuru y'ubuvuzi, no gukoma amakuru y'ibikogwa vy'abavura, n'ibikogwa vy'abavura, n'ubushakashatsi.

Uruhusa gwawe: Woduheza uruhusa gwanditse kugira dukoreshe amakuru yawe y'ubuvuzi cangwe kuyayaga kuri bese ku mvo zose. Ni uduheza uruhusa, wobutwambura mu nyandiko igihe cose. Kubutwambura ntivyogira ingarukizi ku vyemewe vyose n'uruhusa gwawe mu gihe biriko birakora. Nyamara wemeye uruhusa gwanditse, ntitwokoresha cangwe tuvuge amakuru yawe y'ubuvuzi ku mvo zose zitari izivugwa muri iri tangazo. Ntitwodandaza cangwe tugurisha amakuru tugufiteko.

Aderesi y'umugwayi: Twokoresha amakuru yawe y'ubuvuzi mu kukuvugisha cangwe uguhagarariye wemewe binyuze kuri terefone cangwe imeri kugira tuyagane amahera, keretse wiwishuriye serivisi zo kuvugwa ako kanya.

Ibisabwa b'abajewe amagara rusangi: Twokoresha cangwe tukayaga amakuru yawe y'ubuvuzi, tudafise uruhusa gwawe, iyo bikenewe n'amategeko no bihe bikurikira:

- ku magara rusangi, harimwo kuyaga ingwara zandukiranya, guhonyora abana, no guhonyoro abakuru, gusuzugura cangwe guhonyoro bikoregwa mu ngo;
- kugira tumenye ingorane ikomeye ku magara no kwidagurira;
- ku bavura bacungera, nk'ibikogwa vya reta bifite uruhusa cangwe uburongozi bingana, n'ibigo bijejwe kwanga amanyanga;
- ku bajewe korona, abasuzuma ubuvuzi n'abarongozi bakuru bajewe amaziko;
- nk'uko vyemewe n'amategeko agenga abakozi ba reta;
- mu gusubiza urukiko n'amategeko y'uburongozi n'andi mayira y'amategeko;
- kubahiriza amategeko rusangi hagendewe ku bareweko ivyaha, ivyaha ku mitungu yacu, kuyaga ivyaha ako kanya, no kumenya cangwe kumenya abagirizwa n'abandi bantu;
- ku basirikari, abakozi ba reta barebwa n'abakoreweko ivyaha, kwivuna iperereza, n'ibikogwa vy'intwari rusangi, n'iminyororo no kubaha abantu nk'uko amategeko ayaga; na

Ntitwoyaga ibisubizo vya HIV, amakuru amwe y'ubuvuzi cangwe kuvugwa ingwara zo mu mutwe ku mvo zimwe nk'izi utaduhaye uruhusa, keretse amategeko avyemera. Ibisubizo vya HIV vyawe, niba bihari, vyovugwa nk'uko itegeko rya Wisconsin §252.15(5)(a). riyaga

Amateka ya zina muntu

Aderesi wohamagaraho: Nimba ufise ikibazo ku gateka kawe kuri iri tangazo ryo kugumya ibanga nyabuna hamagara umukozi ujejwe kugumya banga. Aderesi wohamagaraho yihariye ari ku mwisho w'iri tangazo.

Amafishi: Woronka amafishi akwiye ku mukozi ujejwe kugumya banga kugira ukore agateka kawe. Aderesi wohamagaraho yihariye ari ku mwisho w'iri tangazo.

Kugerako: Ufite agateka ko gusuzuma no kuronka kopi y'amakuru yawe y'ubuvuzi, hatarimwo amwe akomwe. Usabwa kubisaba mu nyandiko kugira uronke kugera ku makuru yawe y'ubuvuzi. Tuzokubaha agateka kawe ko kugumigwa ibanga uko bishobotse kose, harimwo uko twovyemeranijwe mu ngingo zitandukanye kugira usuzume amakuru.

Tuzoguca amagarama akwiye, ikiguzi ca kopi y'amakuru yawe y'ubuvuzi, kubwo kugutumira kopi kuri imeri, no kugupangira ipfunyapfunyo cangwe ibisiguro ku makuru yawe y'ubuvuzi wasavye. Duhamagare ukoresheje aderesi iri ku mwisho w'iri tangazo kubw'amakuru ajanye n'amagarama.

Kuyaga ivy'amahesabu y'amahera: Ufise agateka ko kubwigwa amwe mu makuru yawe y'amagara nk'uko itegeko riyaga. Mu minsi 60 nyuma yo kubisaba, tuzoguha amakuru ku mahera ajanye no kubikubwira twakoresheje mu gihe ubisavye abajejwe amahera.

Guhindura: Ufise agateka ko gusaba ko twohindura amakuru yawe y'ubuvuzi n'amakuru ku kuvugwa amagara yo mu mutwe. Gusaba kwawe kugomba kuba mu nyandiko, ndetse kugomba gusigura imvo ayo makuru ashakwa guhindugwa. Twokwanka gusaba kwawe ku mvo zimwe. Nitwokanka gusaba kwawe, tuzoguheza ibisiguro vyanditse. Nitwemera gusaba

kwawe, tuzoshira guhindura mu makuru yawe y'ubuvuzi no gukoresha uwito uhagije kugira tubibwire abandi ku mpinduka bakwiye kumenya no kugendera ku makuru adahinduwe kuvyo wasavye, kimwe n'abantu ushaka ko bamenya impinduka.

Gukomwa: Ufite agateka ko gusaba ko tworeka gukoresha cangwe kuyaga amakuru yawe k'ubuvuzi mu kukuvura, kwishugwa cangwe ku bikogwa mu buvuzi, cangwe ku muryango, abagenzi, cangwe abandi woyaga. Ntidutegetswe kwemera gusaba kwawe. Niba twemeye, tuzokubaha ivyo twiyemeje, keretse mu gihe cy'ubuvuzi bwihuse cangwe uko bisabwa cangwe uko bisabwa n'amategeko.

Ibito: Keretse ubivuze ukundi, tuzogumya ibanga ku makuru y'amagara yawe ajanye no kuvugwa no kwitabwaho mu ngwara zandukira mu mibonano ihuje igitsina, kwifungisha, mbere yo kuvyara n'ibindi bisata vy'ubuvuzi nk'uko biteganijwe n'amategeko, uko vyavuzwe haraguru.

Kumenyeshwa mu kinyegero: Twokuvugisha tukakwibutsa gahunda dufitanye. Ufise agateka ko gusaba ko twokuvugisha ku makuru yawe y'ubuvuzi mu kinyegero dukoresheje ubundi bugyo cangwe iyindi fasi wotubwira. Usabwa gusaba mu nyandiko. Usabwa guheza gusaba kwawe kuri aderesi iri ku mwisho w'iri tangazo. Wobona ifishi kuri aderesi wahaye gusaba kwawe.

Tuzogufasha gusaba niba bikenewe, wavuze ubundi bugyo cangwe indi fasi ku mvo zo kunyegeza. Nituzogusaba gusigura imvo zo gusaba kwawe.

Itangazo mw'ikoranabuhinga: Niwakira iri tangazo ku rubuga gwacu cangwe kuri imeri y'ikoranabuhinga (imeri), wemerewe kwakira iri tangazo mu nyandiko.

Ibibazo n'imyidogo

Niba ukeneye amakuru menshi ajanye n'ibikogwa vyo kugumya banga cangwe ufise ikibazo cangwe kwidoga, nyabuna hamagara umukozi ujejwe kugumya amabanga ukoresheje aderesi iri ku mwisho w'iri tangazo.

Niba ufise ingorane ko twoba twishe agateka kawe ko kugumya banga, cangwe niba utemeye umwanzuro wacu ku kugera ku makuru yawe y'ubuvuzi, ku nyishu twaguhaye kuvyo wasavye guhindura, gukoma uko dukoresha cangwe tuyaga, cangwe dumenyesha mu kinyegero ku bijanye n'amakuru yawe y'ubuvuzi, wokwidoga ukoresheje aderesi iri ku mwisho

w'iri tangazo. Wotanga ukwidoga mu nyandiko ku biro bijejwe ivy'agateka ka zina muntu mu kigo kijejwe amagara na serivisi za muntu muri leta zunze ubumwe za Amerika. Wohamagara ibiro bijejwe agateka ka zina muntu ku murongo utishugwa kuri 1-800-368-1019.

Dushingikiye agateka kawe mu kugumya banga amakuru yawe y'ubuvuzi. Nitutuzidoga mu bugyo bwose niba ushaka guheza ukwidoga kuri twe cangwe kigo kijejwe amagara na serivisi za muntu muri leta zunze ubumwe za Amerika.

Aderesi wohamagarako

Umukozi ujejwe kugumya banga, Abajejwe amagara rusangi mu karere ka Madison na Dane
210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
(608) 266-4821

Kwemera itangazo ryo gukora ubugumya banga

Hagendewe kw'itegeko rya reta rijanye no kugumya amabanga ridusaba kuguha itangazo ryo gukora ubugumya banga. Iri tangazo ritanga amakuru ku kuntu twokoresha no kuyaga amakuru yawe y'amagara akomwe. Dusabwa kuguha iri tangazo. Ntusabwa gusinya no kugarura ikivye meza. Niba ushaka kuvyemeza ko wakiriye iri tangazo, nyabuna sinya iyi fishi yo kuvyemeza maze uyigarure ku mukozi ujejwe kugumya banga wavuzwe haraguru. Niba ufise ikindi kibazo kijanye n'uku kwemeza, nyabuna hamagara umukozi ujejwe kugumya banga wavuzwe haraguru.

गोपनीयता अभ्यासहरूको सूचना

यो सूचनाले तपाईंको चिकित्सा जानकारी कसरी प्रयोग गर्न र कसरी खुलासा गर्न सकिन्छ र तपाईं यस जानकारी लाई कसरी हेर्न सक्नुहुन्छ भनेर वर्णन गर्दछ। कृपया यसलाई ध्यान पूर्वक हेर्नुस। तपाईंको चिकित्सा सम्बन्धि जानकारी को गोपनीयता हाम्रो लागि महत्त्वपूर्ण छ।

हाम्रो कानूनी कर्तव्य

हामीले कानून द्वारा तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी को गोपनीयता कायम राख्न र हाम्रा कानूनी कर्तव्यहरू र गोपनीयता अभ्यासहरू र चिकित्सा जानकारी सम्बन्धी तपाईंको अधिकारहरूको बारेमा तपाईंलाई यो सूचना दिन आवश्यक छ। हामीले यो सूचना प्रभावमा रहेको बेलामा वर्णन गरिएका गोपनीयता अभ्यासहरू अवस्थ पालना गर्नुपर्छ। गोपनीयता अभ्यासहरूको यो सूचना सेप्टेम्बर 15, 2013 देखि लागू हुन्छ, र हामीले यसलाई प्रतिस्थापन नगरेसम्म प्रभावकारी रहनेछ।

हामी हाम्रा गोपनीयता अभ्यासहरू र यस सूचनाका सर्तहरू जुनसुकै बेला परिवर्तन गर्ने अधिकार सुरक्षित राख्छौं, बशर्तै लागू कानून द्वारा त्यस्ता परिवर्तन हरू गर्न अनुमति दिइएको होस्। हामी हाम्रा गोपनीयता अभ्यास हरू मा परिवर्तन हरू गर्ने अधिकार सुरक्षित गर्छौं र हाम्रो सूचनाका नयाँ

सर्तहरू हामीले राखेका सबै मेडिकल जानकारीका लागि प्रभावकारी हुन्छन्, हामीले परिवर्तन गर्नु अघि सिर्जना गरेको वा प्राप्त गरेको चिकित्सा जानकारी सहित। हामीले हाम्रो गोपनीयता अभ्यासहरूमा महत्त्वपूर्ण परिवर्तन गर्नु अघि, हामी यो सूचना परिवर्तन गर्नेछौं, हाम्रो प्रत्येक सेवा वितरण साइट हरू मा संशोधित सूचना प्रकाशित गर्नेछौं, र अनुरोधमा हाम्रा बिरामीहरू र अरूलाई नयाँ सूचना उपलब्ध गराउने छौं।

हाम्रो गोपनीयता अभ्यास हरू बारे थप जानकारीको लागि, तपाईंले कुनै पनि समय हाम्रो सूचनाको प्रतिलिपि माग्न सक्नुहुन्छ। वा यो सूचनाको अतिरिक्त प्रतिलिपि हरू को लागि, कृपया हामीलाई सम्पर्क गर्न क लागि यस सूचनाको अन्त्यमा दे को जानकारी प्रयोग गर्नु होस्।

चिकित्सा जानकारी को प्रयोग र खुलासा हरू

उपचार: हामी तपाईंको अनुमति बिना तपाईंको उपचार को लागी चिकित्सा जानकारी प्रयोग गर्न सक्छौं। हामी तपाईंको चिकित्सा जानकारी, तपाईंको अनुमति बिना, उपचारको लागि एक चिकित्सक वा अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संग खुलासा गर्न सक्छौं।

भुक्तानी: हामीले तपाईं लाई प्रदान गर्ने स्वास्थ्य हेरचाहको वापत जब सम्म तपाईंले आफ्नो स्वास्थ्य सेवा हरूको लागि प्रत्यक्ष रूपमा भुक्तानी गर्नुहुन, प्रतिपूर्ति प्राप्त गर्न वा उपलब्ध गराउन तपाईंको अनुमति बिना तपाईंको चिकित्सा जानकारी प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं, यदि हामीले मेडिकेड वा मेडिकेयर लाई प्रतिपूर्तिको लागि बिल पठाए भने, हामी तपाईंको नाम र अन्य व्यक्तिगत जानकारी समावेश गर्दै इलेक्ट्रोनिक दाबी पेश गर्नेछौं।

स्वास्थ्य सेवा संचालन हरू: हामीले हाम्रा केही स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन हरूका लागि तपाईंको चिकित्सा जानकारी प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं। स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन मा समाहित कुरा हरू:

- हामीले प्राप्त गर्ने वा सिर्जना गर्ने सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी लाई इलेक्ट्रोनिक डाटाबेसमा सुरक्षित राख्छौं, जसमध्ये केही विस्कन्सिन राज्यद्वारा संचालित हुन्छन्, जस्तै WEDSS र SPHERE।
- स्वास्थ्य सेवा गुणस्तर मूल्याङ्कन र सुधार गतिविधिहरू;
- स्वास्थ्य सेवा दिने चिकित्सक र स्वास्थ्य योजना कार्य सम्पादन, क्षमता, र योग्यता, स्वास्थ्य सेवा प्रशिक्षण कार्यक्रमहरू, स्वास्थ्य सेवा प्रदायक र स्वास्थ्य योजना मान्यता, प्रमाणीकरण, इजाजतपत्र र प्रमाणीकरण गतिविधिहरूको समीक्षा र मूल्याङ्कन;
- चिकित्सा समीक्षा, लेखापरीक्षण, र कानूनी सेवाहरू साथै ठगी र दुरुपयोग पत्ता लगाउने र रोकथाम सञ्चालन गर्ने वा व्यवस्था गर्ने; र
- व्यवसाय योजना, विकास, व्यवस्थापन, र सामान्य प्रशासन, ग्राहक सेवा सहित, चिकित्सा जानकारी पहिचान हटाउन, र स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन, सार्वजनिक स्वास्थ्य गतिविधिहरू, र अनुसन्धानका लागि सीमित डेटा सेटहरू सिर्जना गर्न।

तपाईं को औपचारिक स्वीकृति : तपाईंले हामीलाई आफ्नो चिकित्सा जानकारी प्रयोग गर्न वा कुनै पनि उद्देश्यका लागि कसैलाई खुलासा गर्न लिखित अधिकार दिन सक्नुहुन्छ। यदि तपाईंले हामीलाई अधिकार दिनुभयो भने, तपाईंले यसलाई कुनै पनि समय लिखित रूपमा रद्द गर्न सक्नुहुन्छ। जब सम्म यो प्रभावकारी रहनछ तपाईंको खारेजले तपाईं को अधिकार द्वारा अनुमति

दिइएको कुनै पनि प्रयोग वा खुलासालाई असर गर्ने छैन तपाईंले हामीलाई लिखित अधिकार दिनुभएन भने,

बिरामी सम्पर्क : तपाईंले आफ्नो स्वास्थ्य सेवा को भुक्तानी सीधै नगरे सम्म, हामीले खर्च को विवरण बारे छलफल गर्न टेलिफोन वा मेल मार्फत तपाईं वा तपाईंको आधिकारिक प्रतिनिधि लाई सम्पर्क गर्न तपाईं को चिकित्सा जानकारी प्रयोग गर्न सक्छौं।

सार्वजनिक स्वास्थ्य आवश्यकता हरू : हामी कानून अनुसार आवश्यकता परे को बेला र निम्न परिस्थिति हरू मा तपाईं को अनुमति बिना तपाईं को चिकित्सा जानकारी प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं।

- सार्वजनिक स्वास्थ्यका लागि, साथै सरुवा रोग, बाल दुर्व्यवहार, र वयस्क दुर्व्यवहार, उपेक्षा वा घरेलु हिंसा रिपोर्ट गर्न का लागि।
- स्वास्थ्य वा सुरक्षाको लागि गम्भीर र आसन्न खतराबाट बच्न
- स्वास्थ्य सेवा निरीक्षणको लागि, जस्तै राज्य इजाजतपत्र र सहकार्य गर्ने प्राधिकरण हरू को समीक्षा, र जालसाजी रोकथाम प्रवर्तन एजेन्सी हरू को गतिविधिहरू;
- जांच अधिकारी हरू, चिकित्सा परीक्षक हरू र अन्येष्टि निर्देशक हरू लाई;
- आधिकारिक रूपमा राज्य द्वारा कर्मचारी को क्षतिपूर्ति कानून हरू;
- अदालत र केही प्रशासनिक आदेश र अन्य कानूनी प्रक्रिया हरू को प्रतिक्रियामा;
- कानून प्रवर्तन अधिकारी हरू को लागि अपराध पीडितहरू, हाम्रो परिसरमा भएका अपराधहरू, आपतकालिन अवस्थामा अपराध रिपोर्टिङ, र संदिग्ध वा अन्य व्यक्तिहरूलाई पहिचान गर्ने वा पत्ता लगाउने सम्बन्धमा ;
- सेना लाई, कानूनी खुफिया का लागि संघीय अधिकारी हरू लाई, खुफिया को संरक्षण, र राष्ट्रिय सुरक्षा गतिविधिहरू, र सुधारात्मक संस्थाहरू र कानून प्रवर्तन कानूनी हिरासत मा रहे को व्यक्तिहरूको सम्बन्धमा ; र हामीले एचआईभी परीक्षणको नतिजा प्रकट नगर्न सक्छौं, तपाईंको लिखित अनुमति बिना यी केहि उद्देश्यहरू मध्ये केहि गोप्य चिकित्सा जानकारी वा मानसिक स्वास्थ्य उपचार रेकर्डहरू का लागि, कानून द्वारा आवश्यक नभएसम्म। तपाईंको HIV परीक्षणको नतिजा, यदि कुनै हो भने, विस्कनसिन विधान 252.15(5)(a) मा उल्लेख गरिए अनुसार खुलासा गर्न सकिन्छ।

व्यक्तिगत अधिकार

सम्पर्क जानकारी: यदि तपाईं सँग यस गोपनीयता सूचना अन्तर्गत तपाईंको अधिकार बारे कुनै प्रश्न छ भने कृपया गोपनीयता अधिकारीलाई सम्पर्क गर्नुहोस्। विशेष सम्पर्क जानकारी यस सूचनाको अन्त्यमा स्थित छ।

फारमहरू: तपाईंले आफ्नो अधिकार प्रयोग गर्न गोपनीयता अधिकारीबाट आवश्यक फारमहरू प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। विशेष सम्पर्क जानकारी यस सूचनाको अन्त्यमा अवस्थित छ।

मेडिकल जानकारी हेर्न को लागि : तपाईं सँग आफ्नो चिकित्सा जानकारी जाँचनु र प्रतिलिपि प्राप्त गर्नु सीमित अपवादहरू संगै अधिकार छ। तपाईंलाई आफ्नो मेडिकल जानकारी हेर्न को लागि लिखित अनुरोध गर्नु एकदम जरुरि छ। हामी उचित रूपमा तपाईंको गोपनीयताको अधिकारलाई सम्भव भएसम्म समायोजन गर्नेछौं, साथै तपाईंको रेकर्डहरू समीक्षा गर्नका लागि आपसी सहमति प्रदान संगै वैकल्पिक स्थान उपलब्ध गराउने छौं।

हामी तपाईंको चिकित्सा जानकारी को एक प्रतिलिपि वापत, लागत आधारित उचित शुल्क लिन सक्छौं, यो तपाईंले अनुरोध गरे को प्रतिलिपि पठाउन को लागि, र तपाईंको चिकित्सा जानकारीको कुनै पनि सारांश वा स्पष्टीकरण तयार गर्नको लागि हुनेछ। हाम्रो शुल्क बारे जात्र को लागि यस सूचनाको अन्त्य मा दिए को जानकारी प्रयोग गरेर हामीलाई सम्पर्क गर्नुहोस्।

खाता पत्र को खुलासा : तपाईं सँग एउटा सुची अनुरूप आफ्नो स्वास्थ्य जानकारी खुलाउन कानूनबाट अधिकार प्राप्त छ। तपाईंको अनुरोधको ६० दिन भित्र, हामी तपाईंलाई प्रत्येक जवाफ देही खुलासा को बारेमा जानकारी प्रदान गर्नेछौं जुन त्यो अवधि मा हामी ले तपाईं को अनुरोध मा लेखा पत्र को जानकारी बना को थियो:

संशोधन : तपाईं सँग, तपाईं को चिकित्सा जानकारी र मानसिक स्वास्थ्य उपचार रेकर्डहरू सुधार गर्न को लागि हामीलाई अनुरोध गर्ने अधिकार छ। तपाईंको अनुरोध लिखित रूप मा अवस्य हुनु पर्छ, र यसले जानकारी संशोधन किन गर्नु पर्छ भनेर व्याख्या गर्नु पर्छ। हामी केहि खास कारणहरू को लागि तपाईंको अनुरोध अस्वीकार गर्न सक्छौं। यदि हामी ले तपाईं को अनुरोध अस्वीकार गर्छौं भने, हामी तपाईंलाई लिखित स्पष्टीकरण प्रदान गर्नेछौं। यदि हामीले तपाईंको अनुरोध स्वीकार गर्छौं भने, हामी संशोधित भागलाई तपाईंको

चिकित्सा जानकारी मा हाल्ने छौं र हामी उचित प्रयास हरु प्रयोग गरेर संशोधन को बारे मा अरुलाई सुचित गर्ने छौं जसलाई हामी जान्द छौं र तपाईंको हानि अपरिवर्तित जानकारी मा भर पर्न सक्छ, साथै तपाईंले संशोधित जानकारी दिन चाहनु भएको व्यक्तिहरू को लागि ।

प्रतिबन्ध : तपाईं सँग तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी हरु खुलाउन हामी ले चलाउन, इलाज, भुगतानी, वा स्वास्थ्य सेवा संचालन हरु का लागि, वा परिवार सँग, साथी वा तपाईंले चिने को अरु कोहिलाई प्रतिबन्ध लाउन को लागि अनुरोध गर्न अधिकार छ । हामी ले तपाईंको अनुरोध मा सहमत हुन आवश्यक छैन। यदि हामी सहमत छौं भने, अवस्यकतानुसार वा कानून द्वारा स्वीकृति पाए अनुसार मेडिकल आकस्मिक अवस्था बाहेक, हामी हाम्रो सम्झौता को पालना गर्ने छौं ।

नाबालिगहरू: तपाईंले निर्देशन नदिए सम्म, हामी ले तपाईंको उपचार सम्बन्धित जानकारी कानून अनुसार आवश्यक भएमा यौन संचारित रोगहरू, परिवार नियोजन, प्रसव पूर्व सेवा र अन्य उपचार का बिषय र हेरचाह सम्बन्धी माथि उल्लिखित अपवादहरू बाहेक तपाईंको सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी गोप्य राख्नेछौं।

गोप्य संवाद : हामी तपाईंलाई भेटघाट बारे सुचना हरु दीन का लागि सम्पर्क गर्न सक्छौं। तपाईं सँग अनुरोध गर्ने अधिकार छ कि हामीले तपाईंको चिकित्सा जानकारी वैकल्पिक माध्यमहरूबाट वा तपाईंले रोजे को वैकल्पिक स्थानहरू मा विस्वासनीय तरिका ले संवाद गरौं। तपाईंले आफ्नो अनुरोध लिखित रूप मा अबस्य गर्नु पर्छ। तपाईंले यस सूचना को अन्त्यमा दिए को सम्पर्क मा आफ्नो अनुरोध पेश गर्नुपर्छ। तपाईंले अनुरोध गर्न को लागि दिए को सम्पर्क जानकारीबाट फारम प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ।

यदि यो उचित हुन्छ भने, हामी तपाईंको अनुरोधलाई समायोजन गर्ने छौं। संगै यदि यस ले गोप्य संवाद को लागि वैकल्पिक माध्यम वा स्थान निर्दिष्ट गर्दछ भने। हामी तपाईंले गरे को अनुरोध वारे विस्तार मा कारण खुलाउनुस भनेर तपाईंलाई सोध्ने छौं।

इलेक्ट्रोनिक सूचना : यदि तपाईंले हाम्रो वेबसाइट वा इलेक्ट्रोनिक मेल (इ-मेल) मार्फत यो सूचना प्राप्त गर्नुभयो भने, तपाईं लिखित रूपमा यो सूचना प्राप्त गर्न योग्य हुनुहुन्छ।

प्रश्न र गुनासो हरु :

यदि तपाईं हाम्रो गोपनीयता अभ्यासहरू को बारेमा थप जानकारी चाहनुहुन्छ भने वा तपाईं सँग थप प्रश्न वा सरोकारहरू छन् भने, कृपया यस सूचनाको अन्त्यमा जानकारी प्रयोग गरी गोपनीयता अधिकारीलाई सम्पर्क गर्नुहोस्।

यदि तपाईंलाई लागे को छ कि हामीले तपाईंको गोपनीयता अधिकार उल्लङ्घन गरे को हुन सक्छौं भने, वा तपाईं असहमत हुनुहुन्छ हामीले तपाईंको चिकित्सा जानकारी हेर्न को लागि गरे को निर्णय सँग, वा तपाईंले तपाईंको चिकित्सा जानकारी संशोधन को लागि गरे को अनुरोध, प्रयोग र खुलासा गर्न प्रतिबन्ध, वा विस्वासिलो ढंग ले संवाद गर्नु को लागि गरे को अनुरोध सँग

असहमत हुनु हुन्छ भने, तपाईंले यस सूचनाको अन्त्यमा सम्पर्क जानकारी प्रयोग गरेर हामीलाई गुनासो गर्न सक्नु हुने छ। तपाईंले संयुक्त राज्यको स्वास्थ्य र मानव सेवा विभाग को नागरिक अधिकार को कार्यालयमा लिखित उजुरी दीन सक्नु हुन्छ। तपाईं नागरिक अधिकार कार्यालय मा पनि दिए को हटलाइन नम्बर मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ १-८००-३६८-१०१९

हामी तपाईंको चिकित्सा जानकारी को गोपनीयता को अधिकारलाई समर्थन गर्छौं। यदि तपाईंले हामी सँग वा अमेरिकी स्वास्थ्य र मानव सेवा विभागमा उजुरी दर्ता गर्न छनौट गर्नुभयो भने हामी कुनै पनि तरिका ले बदला वा प्रतिशोध लिने छैनौं।

सम्पर्क का लागि जानकारी :

गोपनीयता अधिकारी, पब्लिक हेल्थ म्याडिसन एंड डेन काउन्टी
२१० मार्टिन लुथर किङ्ग, जुनियर ब्लुवार्ड कोठा ५०७
म्याडिसन, WI ५३७०३-३३४६
(६०८)२६६-४८२९

गोपनीयता अभ्यासहरू को सूचना को स्वीकृति संघीय गोपनीयता कानून

अन्तर्गत हामीले तपाईंलाई गोपनीयता अभ्यासहरू बारे सूचना प्रदान गर्न आवश्यक छ। यस सूचनाले तपाईंको सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी हामीले कसरी प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं भन्ने बारे जानकारी गराउ छ। हामीले तपाईंलाई यो सूचना दिन अनिवार्य छ। तपाईंले हस्ताक्षर गर्न र एउटा स्वीकृति फिर्ता गर्न जरुरि छैन। यदि तपाईं यो सूचना को पावती रसिद स्वीकार गर्न चाहनु हुन्छ भने, कृपया स्वीकृति फारम मा हस्ताक्षर गर्नुहोस् र माथि उल्लेखित गोपनीयता अधिकारीलाई पठाउनुस। यदि तपाईं सँग यस स्वीकृति रसिद को बारेमा कुनै प्रश्नहरू छन् भने, कृपया माथि उल्लेखित गोपनीयता अधिकारीलाई सम्पर्क गर्नुहोस्।

د محرمیت د کړنو خبرتیا

دا خبرتیا تشریح کوي چې ستاسو په اړه طبي معلومات څنگه کارول کیدی شي او افشا شوي او تاسو څنگه کولی شئ دې معلوماتو ته لاسرسی ومومئ. مهرباني وکړئ دا په دقت سره بیاکتنه وکړئ. ستاسو د طبي معلوماتو محرمیت موږ لپاره مهم دی.

زموږ قانوني دنده

معلوماتو په شمول چې موږ د بدلونونو څخه دمخه رامینځته کړی یا ترلاسه کړی. مخکې لدې چې موږ زموږ د محرمیت په کړنو کې د پام وړ بدلون راولو، موږ به دا خبرتیا بدله کړو، زموږ د خدماتو وړاندې کولو ساینټونو کې بیاکتنل شوی خبرتیا پوست کړئ، او د غوښتنې سره سم زموږ ناروغانو او نورو ته نوي خبرتیا چمتو کړئ.

تاسو کولی شئ په هر وخت کې زموږ د خبرتیا یوه کاپي غوښتنه وکړئ. زموږ د محرمیت طرز العملونو په اړه د نورو معلوماتو لپاره، یا د دې خبرتیا اضافي کاپي لپاره، مهرباني وکړئ د دې خبرتیا په پای کې د معلوماتو په کارولو سره موږ سره اړیکه ونیسئ.

د طبي معلوماتو استعمال

د ناروغ اړیکه: موږ ممکن ستاسو سره د تماس لپاره ستاسو طبي معلومات وکاروو یا ستاسو مجاز استازی د تلیفون یا برېښنالیک له لارې د بلینګ معلوماتو په اړه بحث کولو لپاره پرته لدې چې تاسو د روغتیا پاملرنې خدماتو لپاره مستقیم تادیه وکړئ.

د عامي روغتیا اړتیاوې: موږ ممکن ستاسو له اجازې پرته ستاسو طبي معلومات وکاروو او افشا کړو، کله چې د قانون لخوا اړین وي او په لاندې حالتونو کې:

- د عامي روغتیا لپاره، په شمول د ساري ناروغۍ راپور ورکول، د ماشومانو ناوړه ګټه اخیستنه، او د لویانو ناوړه ګټه اخیستنه، غفلت یا کورني تاوتریخوالی؛
- روغتیا یا خوندیتوب ته د جدي او نږدې ګواښ مخه نیولو لپاره؛
- د روغتیا پاملرنې نظارت لپاره، لکه د دولتي جواز ورکولو فعالیتونه او د بیاکتنې چارواکي، او د درغلیو مخنیوي پلي کونکي ادارې؛
- کورونرانو، طبي معاینه کونکو، او د جنازې مدیرانو ته؛
- لکه څنګه چې د دولتي کارمندانو د خسارې د قوانینو لخوا اختیار شوی؛
- د محکمې او ځینې اداري حکمونو او بل قانوني پروسې په ځواب کې؛
- د قانون پلي کونکو چارواکو ته د جرم قربانیانو په اړه، زموږ په ځای کې جرمونه، په بیړني حالت کې د جرم راپور ورکول، او د شکمن یا نورو اشخاصو پیژندل یا موندل؛
- پوځ ته، فدرالي چارواکو ته د قانوني استخباراتو، ضد استخباراتو، او ملي امنیت فعالیتونو لپاره، او په قانوني توقیف کې د اشخاصو په اړه اصلاحي ادارو او د قانون پلي کونکو ته؛ او

موږ ممکن د HIV ازموینې پایلې، ځینې محرم طبي معلومات، یا د دماغي روغتیا درملنې ریکارډونه ستاسو د لیکلې اجازې پرته پرته له دې چې د قانون لخوا ورته اړتیا وي ښکاره نه کړو. ستاسو د HIV ازموینې پایلې، که کوم وي، کیدای شي ښکاره شي لکه څنګه چې د ویسکونسن په قوانینو کې ښودل شوي §252.15(5)(a).

موږ د قانون له مخې اړ یو چې ستاسو د طبي معلوماتو محرمیت وساتو او تاسو ته زموږ د قانوني دنده په اړه دا خبرتیا درکړو او د محرمیت کړنې، او ستاسو د طبي معلوماتو په اړه ستاسو حقونه. موږ باید د محرمیت طرز العملونه تعقیب کړو چې په دې خبرتیا کې تشریح شوي پداسې حال کې چې دا د تاثیر وړ وي. د محرمیت طرز العملونو دا خبرتیا د سپټمبر په 15، 2013 کې پلي کیري او تر هغه چې موږ یې بدل نه کړو، په عمل کې به پاتې شي.

موږ حق لرو چې هر وخت زموږ د محرمیت کړنې او د دې خبرتیا شرایط بدل کړو، په دې شرط چې دا ډول بدلونونه د تطبیق شوي قانون لخوا اجازه ولري. موږ حق لرو چې زموږ د محرمیت په کړنو کې بدلونونه او زموږ د خبرتیا نوي شرایط د ټولو طبي معلوماتو لپاره مؤثره وي چې موږ یې ساتو، د طبي

او افشا کول: موږ ممکن ستاسو طبي معلومات، ستاسو د اجازې پرته، ستاسو درملنه وکاروو. موږ ممکن ستاسو طبي معلومات ستاسو له اجازې پرته ستاسو د درملنې لپاره ډاکټر یا بل روغتیایی پاملرنې چمتو کونکي ته ښکاره کړو. که موږ د تادیې لپاره میډیکاد یا میډیکیر بیل کړو، موږ به یو برېښنایی ادعا وسپارو چې ستاسو نوم او نور شخصي معلومات پکې شامل وي.

د روغتیا پاملرنې عملیات: موږ ممکن ستاسو طبي معلومات زموږ د ځینې روغتیايي پاملرنې عملیاتو لپاره وکاروو او افشا کړو. د روغتیا پاملرنې عملیات شامل دي:

- د خوندي روغتیا معلوماتو ساتنه چې موږ یې ترلاسه کوو یا یې رامینځته کوو ممکن په برېښنایی ډیټابیسونو کې وساتل شي، ځینې یې د ویسکونسن لکه WEDSS او SPHERE ایالت لخوا پرمخ وړل کیري.
- د روغتیا پاملرنې کیفیت ارزونه او د پرمختګ فعالیتونه؛
- د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي او د روغتیا پلان فعالیت بیاکتنه او ارزونه، ورتیاوې او وړتیا، د روغتیا پاملرنې روزنې پروګرامونه، د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي او د روغتیا پلان اعتبار، تصدیق، جواز ورکولو او اعتبار ورکولو فعالیتونه؛
- د طبي بیاکتنو، پلټنو، او قانوني خدماتو ترسره کول یا تنظیم کول، په شمول د درغلیو او ناوړه ګټه اخیستنې کشف او مخنیوی؛ او
- د سوداګرۍ پلان جوړونه، پراختیا، مدیریت، او عمومي اداره، په شمول د پیروندونکي خدمت، د طبي معلوماتو له منځه وړل، او د روغتیا پاملرنې عملیاتو، عامي روغتیا فعالیتونو، او ځیرنې لپاره د محدود معلوماتو سبب رامینځته کول.

ستاسو اجازه: تاسو کولی شئ موږ ته لیکلې اجازه راکړئ چې ستاسو طبي معلومات وکاروو یا د کوم هدف لپاره هر چا ته یې افشا کړئ. که تاسو موږ ته اجازه راکړئ، تاسو کولی شئ په هر وخت کې په لیکلو کې لغوه کړئ. ستاسو لغوه کول به هیڅ کار اغیزه ونکړي یا افشا کول ستاسو د اجازې لخوا اجازه ورکړل شوي پداسې حال کې چې دا په عمل کې وه. پرته لدې چې تاسو موږ ته لیکلې اجازه راکړئ، موږ به ستاسو طبي معلومات د دې خبرتیا کې بیان شوي پرته د بل هدف لپاره ونه کاروو یا افشا نه کړو. موږ به ستاسو په اړه هغه معلومات وپلورو یا بازار ونه پلورو چې موږ یې لرو.

ورکولو لپاره مناسبې هڅې وکاروئ څوک چې موږ پوهیږو ممکن ستاسو په زیان رسولو غیر نه بدلیدونکي معلوماتو باندې تکیه وکړي، او همدارنګه هغه کسان چې تاسو غواړئ تعدیل ترلاسه کړئ.

محدودیت: تاسو حق لرئ غوښتنه وکړئ چې موږ ستاسو د طبي معلوماتو کارول یا افشا کول د درملنې، تادیې، یا روغتیا پاملرنې عملیاتو، یا د کورنۍ، ملګرو یا نورو سره چې تاسو یې پیژنئ محدود کړئ. موږ اړ نه یو چې ستاسو غوښتنې سره موافقه وکړو. که موږ موافق یو، موږ به د خپل تړون سره سم عمل وکړو، پرته له دې چې په طبي بیړني حالت کې یا د اړتیا سره سم یا د قانون لخوا اجازه ورکړل شي.

کوچنیاں: پرته لدې چې تاسو بل ډول لارښوونه وکړئ، موږ به ستاسو خوندي روغتیايي معلومات د جنسي لېږد شوي ناروغیو درملنې او پاملرنې په اړه محرم وساتو، د کورنۍ پلان جوړونې، د زیږون دمخه پاملرنې، او د پاملرنې نورو برخو کې چې د قانون له مخې اړتیا وي، د پورته ذکر شوي استثنائاتو تابع دي.

محرمې اړیکې: موږ ممکن تاسو سره اړیکه ونیسو ترڅو د ملاقات یادداشت چمتو کړو. تاسو حق لرئ چې غوښتنه وکړئ چې موږ ستاسو سره ستاسو د طبي معلوماتو په اړه په ډاډه توګه د بدیل وسیلو یا بدیل ځایونو سره اړیکه ونیسو چې تاسو یې مشخص کوئ. تاسو باید خپله غوښتنه په لیکلې توګه وکړئ. تاسو باید د دې خبرتیا په پای کې اړیکې ته خپله غوښتنه وسپارئ. تاسو کولی شئ د دې اړیکې څخه یوه فورمه ترلاسه کړئ ترڅو ستاسو غوښتنه وکړئ.

موږ به ستاسو غوښتنه ځای په ځای کړو که دا معقول وي، د محرمو اړیکو لپاره بدیل وسیله یا ځای مشخص کړئ. موږ به له تاسو نه وپوښتو چې ستاسو د غوښتنې دلیل تشریح کړئ.

برېښنایي خبرتیا: که تاسو دا خبرتیا زموږ په ویب پاڼه یا د برېښنایي برېښنالیک (برېښنالیک) له لارې ترلاسه کوئ، تاسو حق لرئ چې دا خبرتیا په لیکلې بڼه ترلاسه کړئ.

پوښتنې او شکایتونه

کې د اړیکو معلوماتو په کارولو سره موږ ته شکایت وکړئ. تاسو کولی شئ د متحده ایالاتو د روغتیا او بشري خدماتو څانګې د مدني حقونو دفتر ته لیکلې شکایت هم وړاندې کړئ. تاسو کولی شئ په 1-800-368-1019 کې د مدني حقونو د دفتر له لارې اړیکه ونیسئ.

موږ ستاسو د طبي معلوماتو محرمیت ته ستاسو د حق ملاتړ کوو. که تاسو زموږ سره یا د متحده ایالاتو د روغتیا او بشري خدماتو څانګې ته د شکایت ثبتولو انتخاب وکړئ موږ به په هیڅ ډول غچ وانخلو.

د اړیکې معلومات

د محرمیت افسر، د عامې روغتیا میډیسن او ډین کاونټي
210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm
507
میډیسن، WI 53703-3346
(608) 266-4821

د محرمیت طرزالعملونو خبرتیا منل

د اړیکې معلومات: که تاسو د دې محرمیت خبرتیا لاندې د خپلو حقونو په اړه کومه پوښتنه لرئ مهرباني وکړئ د محرمیت افسر سره اړیکه ونیسئ. د اړیکو ځانګړي معلومات د دې خبرتیا په پای کې موقعیت لري.

فورمې: تاسو کولی شئ د محرمیت افسر څخه د خپلو حقونو د کارولو لپاره اړین فورمې ترلاسه کړئ. د اړیکو ځانګړي معلومات د دې خبرتیا په پای کې موقعیت لري

لاسرسی: تاسو حق لرئ چې د محدودو استثنائو سره د خپل طبي معلوماتو معاینه وکړئ او یوه کاپي ترلاسه کړئ. تاسو باید خپل طبي معلوماتو ته د لاسرسي لپاره لیکلې غوښتنه وکړئ. موږ به ستاسو د محرمیت حق د امکان تر حده ځای په ځای کړو، ستاسو لپاره د خپلو ریکارډونو بیاکتنې لپاره د دوه اړخیزه موافقه شوي بدیل ځایونو چمتو کول شامل دي.

موږ ممکن له تاسو څخه ستاسو د طبي معلوماتو د کاپي لپاره، تاسو ته د کاپي لیرولو، او د طبي معلوماتو د هر ډول لنډیز یا توضیحاتو چمتو کولو لپاره چې تاسو یې غوښتنه کوئ مناسب، لګښت پر بنسټ فیس وټاکو. زموږ د فیسونو په اړه د معلوماتو لپاره د دې خبرتیا په پای کې د معلوماتو په کارولو سره موږ سره اړیکه ونیسئ.

د افشا کولو محاسبه: تاسو حق لرئ چې د قانون لخوا چمتو شوي ستاسو د روغتیا معلوماتو ځینې افشا کولو لیست ترلاسه کړئ. ستاسو د غوښتنې په 60 ورځو کې دننه، موږ به تاسو ته د هرې محاسبې افشا کولو په اړه معلومات درکړو چې موږ د هغه مودې په جریان کې چې تاسو د محاسبې غوښتنه کوئ.

تعدیل: تاسو حق لرئ چې غوښتنه وکړئ چې موږ ستاسو د طبي معلومات او د روانې روغتیا درملنې ریکارډونه تعدیل کړو. ستاسو غوښتنه باید په لیکلې بڼه وي، او دا باید تشریح کړي چې ولې معلومات باید تعدیل شي. موږ ممکن ستاسو غوښتنه د مشخصو دلایلو له امله رد کړو. که موږ ستاسو غوښتنه رد کړو، موږ به تاسو ته لیکلې توضیح درکړو. که موږ ستاسو غوښتنه ومنو، موږ به ستاسو ترمیم ستاسو د طبي معلوماتو برخه جوړ کړو او د تعدیل په اړه نورو ته د خبر

که تاسو زموږ د محرمیت طرزالعملونو په اړه نور معلومات غواړئ یا پوښتنې یا اندېښنې لرئ، مهرباني وکړئ د دې خبرتیا په پای کې د معلوماتو په کارولو سره د محرمیت افسر سره اړیکه ونیسئ.

که تاسو اندېښمن یاست چې موږ ممکن ستاسو د محرمیت حقونه تر پینو لاندې کړي وي، یا تاسو د هغې پریکړې سره موافق یاست چې موږ ستاسو د طبي معلوماتو ته د لاسرسي په اړه کړي وي، د هغه غوښتنې په ځواب کې چې تاسو د ترمیم، کارولو یا افشا کولو محدودولو لپاره کړي وي، یا د خپل طبي معلوماتو په اړه په ډاډه توګه اړیکه ونیسئ، تاسو کولی شئ د دې خبرتیا په پای

د فدرالي محرمیت قوانینو لاندې موږ اړ یو چې تاسو ته زموږ د محرمیت طرزالعملونو خبرتیا درکړو. دا خبرتیا پدې اړه معلومات وړاندې کوي چې موږ څنګه کولی شو ستاسو خوندي روغتیايي معلومات وکارو او افشا کړو. موږ اړ یو چې تاسو ته دا خبرتیا درکړو. تاسو اړتیا نلری چې یو اعتراف لاسلیک کړئ او بیرته یې ورکړئ. که تاسو غواړئ د دې خبرتیا رسید تایید کړئ، مهرباني وکړئ د اعتراف فورمه لاسلیک کړئ او د محرمیت افسر ته یې بیرته ورکړئ لکه څنګه چې پورته لیست شوي. که تاسو د دې اعتراف په اړه کومه پوښتنه لرئ، مهرباني وکړئ د محرمیت افسر سره اړیکه ونیسئ لکه څنګه چې پورته لیست شوي.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОБРАЩЕНИЯ С КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ (Russian)

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ РАЗЪЯСНЯЕТСЯ ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ ДОСТУПА К ТАКОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ИЗУЧИТЕ ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ. ДЛЯ НАС ОЧЕНЬ ВАЖНА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ.

Наша обязанность, установленная законом

В соответствии с действующим федеральным законодательством мы обязаны обеспечивать неприкосновенность Вашей медицинской информации. Мы также обязаны предоставить Вам данное уведомление о принятом у нас порядке обращения с конфиденциальной информацией, наших установленных законом обязанностях и Ваших правах относительно Вашей медицинской информации. Мы обязаны следовать описываемому в настоящем уведомлении порядку обращения с конфиденциальной информацией, пока он сохраняет силу. Настоящее уведомление вступает в силу с 15 сентября 2013 г. и действует до тех пор, пока не будет издано заменяющее его уведомление.

Мы оставляем за собой право изменять установленный у нас порядок обращения с конфиденциальной информацией, а также условия данного уведомления в любое время, при условии что такие изменения будут допускаться действующим законодательством. Мы оставляем за собой право вносить

изменения в установленный у нас порядок обращения с конфиденциальной информацией и распространять эти новые условия на всю медицинскую информацию, имеющуюся в нашем распоряжении (в том числе на медицинскую информацию, которая была создана или получена нами до внесения таких изменений). Прежде чем внести важные изменения в установленный у нас порядок обращения с конфиденциальной информацией, мы внесем изменения в настоящее уведомление, разместим измененное уведомление во всех наших пунктах обслуживания и предоставим новое уведомление нашим пациентам и иным лицам по запросу.

Вы можете запросить экземпляр данного уведомления в любое время. Для получения более подробной информации об установленном у нас порядке обращения с конфиденциальной информацией или для получения дополнительных экземпляров настоящего уведомления обратитесь к нам по адресу или телефону, указанным в конце данного уведомления.

Поводы для использования и раскрытия медицинской информации

Лечение: Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию без Вашего разрешения для предоставления Вам лечения. Мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию без Вашего разрешения врачу или иному медицинскому специалисту/учреждению для предоставления Вам лечения.

Оплата: Мы можем использовать и раскрывать Вашу медицинскую информацию без Вашего разрешения для получения возмещения за предоставляемое Вам медицинское обслуживание, за исключением случаев, когда Вы напрямую оплачиваете медицинские услуги. Если мы будем выставять счет программам страхования Medicaid или Medicare в целях получения возмещения, мы предъявим требование в электронной форме с указанием Вашего имени и другой личной информации.

Решение административных, финансовых, или юридических задач в сфере здравоохранения или решение задач по улучшению качества страховой организации, которые необходимы для ведения его бизнеса и поддержки основных функций лечения и оплаты: Мы можем использовать и раскрывать Вашу медицинскую информацию для решения некоторых административных задач, относящихся к здравоохранению. К таким административным задачам относится следующее:

- хранение получаемой или создаваемой нами защищенной медицинской информации в электронных

базах данных, которые находятся в ведении штата Висконсин, в частности WEDSS, WIR и SPHERE.

- оценка качества медицинского обслуживания и осуществление мероприятий по его совершенствованию;
- проверка и оценка деятельности медицинского специалиста/учреждения и плана медицинского страхования, а также квалификации и компетентности специалистов, реализация программ обучения в сфере здравоохранения, аккредитация медицинских специалистов/учреждений и планов медицинского страхования, проведение мероприятий по сертификации, лицензированию и аттестации;
- проведение или организация медицинских проверок, аудитов или юридических услуг, в том числе выявление и предотвращение случаев мошенничества и злоупотребления; а также
- хозяйственное планирование, развитие, управление и общее администрирование, включая обслуживание клиентов, обезличение медицинской информации и создание наборов ограниченных данных для решения административных задач в сфере медицинского обслуживания, проведения мероприятий в области здравоохранения и исследований.

Ваше разрешение: Вы можете предоставить нам разрешение в письменной форме на использование Вашей медицинской информации или на раскрытие ее любым

лицам в любых целях. Если Вы предоставите нам разрешение, Вы сможете в любое время отозвать его в письменной форме. Такой отзыв не будет распространяться на какие бы то ни было случаи использования или раскрытия информации, имевшие место в период действия Вашего разрешения. В отсутствие Вашего разрешения в письменной форме, мы не будем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию в каких бы то ни было целях, не предусмотренных настоящим уведомлением. Мы не будем продавать или использовать в продвижении товаров информацию о Вас, которой мы владеем.

Контакт с пациентом: Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию для контактов с Вами или Вашим уполномоченным представителем по телефону или по почте для обсуждения информации, относящейся к выставлению счетов, за исключением случаев, когда Вы напрямую оплачиваете медицинские услуги.

Требования общественного здравоохранения: Мы можем использовать и раскрывать Вашу медицинскую информацию без Вашего разрешения в случаях, когда мы обязаны сделать это по закону, а также в следующих ситуациях:

- в интересах общественного здравоохранения, включая сообщение о случаях инфекционных заболеваний, жестокого обращения с детьми и со взрослыми, невыполнения обязанностей или бытового насилия;
- для предотвращения серьезной и реальной угрозы здоровью или безопасности;
- в целях надзора в сфере здравоохранения, например, для проведения мероприятий по лицензированию на уровне штата, для предоставления коллегиальным

экспертным органам и органам по борьбе с мошенничеством;

- коронерам, судебно-медицинским экспертам и распорядителям похорон;
- для выполнения требований законодательства о предоставлении компенсаций работникам;
- в ответ на запросы суда, определенные административные распоряжения и иные предусмотренные законом требования;
- по запросу должностных лиц правоохранительных органов относительно потерпевших от преступлений, преступлений, совершенных на нашей территории, в качестве сигнала о совершенном преступлении в экстренных ситуациях, а также для установления личности или местонахождения лиц, подозреваемых в совершении преступлений, и иных лиц;
- должностным лицам вооруженных сил и уполномоченным лицам федеральных органов в целях реализации законных мер по осуществлению разведки, контрразведки и мероприятий по обеспечению национальной безопасности, а также исправительным учреждениям и правоохранительным органам относительно лиц, находящихся под стражей.

Мы не можем раскрывать сведения о результатах анализов на ВИЧ-инфекцию, некоторые категории конфиденциальной медицинской информации или записи относительно психиатрического лечения для некоторых из указанных целей без Вашего согласия в письменной форме, кроме случаев, когда такое раскрытие предписано законом. Результаты Ваших анализов на ВИЧ-инфекцию (при наличии таковых) могут быть раскрыты в порядке, установленном законодательством штата Висконсин (Wisconsin Statutes §252.15(5)(a)).

Контактная информация: При возникновении у Вас вопросов относительно Ваших прав в соответствии с настоящим уведомлением о порядке обращения с конфиденциальной информацией, обратитесь к сотруднику по вопросам конфиденциальности (Privacy Officer). Контактная информация приводится в конце настоящего уведомления.

Формы: Вы можете получить формы, необходимые для осуществления Ваших прав, у сотрудника по вопросам конфиденциальности. Контактная информация приводится в конце настоящего уведомления.

Доступ: Вы имеете право знакомиться со своей медицинской информацией и получать ее копии (за некоторыми исключениями). Для получения доступа к Вашей медицинской информации Вы должны подать запрос в письменной форме. Мы сделаем все возможное для соблюдения Вашего права на неприкосновенность частной жизни, в том числе путем предоставления взаимно согласованных альтернативных мест для Вашего ознакомления с собственными медицинскими записями.

Мы можем удерживать с Вас сбор в разумном размере на покрытие затрат, связанных с копированием Вашей медицинской информации, пересылкой Вам ее копий по почте и подготовкой любых сводок или разъяснений относительно Вашей медицинской информации по Вашему запросу. Свяжитесь с нами для получения информации о размере таких сборов. Контактная информация приводится в конце настоящего уведомления.

Отчет о фактах раскрытия информации: Вы имеете право на получение перечня всех случаев раскрытия нами Вашей медицинской информации в соответствии с законодательством.

В течение 60 дней со дня Вашего запроса мы предоставим Вам информацию о каждом зафиксированном случае раскрытия Вашей информации за указанный в Вашем запросе период.

Внесение изменений: Вы имеете право просить о внесении изменений в Вашу медицинскую информацию и в записи относительно психиатрического лечения. Ваш запрос должен быть в письменной форме. Он должен содержать обоснование необходимости внесения изменений в медицинскую информацию. Мы можем отказать в удовлетворении Вашей просьбы, указав причины такого отказа. При отказе в удовлетворении Вашего запроса Вам будет предоставлены письменные разъяснения. Если Ваш

запрос будет удовлетворен, то мы внесем указанные Вами изменения в медицинскую информацию и приложим все разумные усилия, чтобы проинформировать о таких изменениях других лиц (которые по нашим данным могут располагать или исходить из такой неисправленной информации в ущерб Вашим интересам), а также лиц, которым Вы желаете направить измененную информацию.

Ограничения: Вы имеете право просить о введении ограничений на использование или раскрытие нами Вашей медицинской информации в целях лечения, оплаты и решения административных задач, либо на обмен информацией с членами семьи, близкими и иными лицами, которых Вы укажете. Мы не обязаны удовлетворить такой запрос. Если мы согласимся с Вашим запросом, мы будем следовать соответствующей договоренности, за исключением экстренных случаев и ситуаций, когда законом предусмотрено иное.

Несовершеннолетние: За исключением случаев, когда Вы дадите указание действовать иначе, мы сохраним конфиденциальность Вашей защищенной медицинской информации в отношении медицинского обслуживания и лечения заболеваний, передающихся половым путем, планирования семьи, ведения беременности и других аспектов медицинского обслуживания, если это требуется по закону, с учетом перечисленных выше исключений.

Конфиденциальность обмена информацией: Мы имеем право связаться с вами, чтобы напомнить о визите к врачу. Вы имеете право просить об обмене с Вами Вашей медицинской информацией в конфиденциальном режиме, альтернативными способами или с использованием альтернативного адреса (который Вы укажете). Такой запрос должен быть в письменной форме. Вы должны подать этот запрос по адресу, указанному в конце данного уведомления. Вы можете получить форму запроса, обратившись по тому же адресу.

Мы удовлетворим Ваш запрос, если он будет признан разумным и если в нем будут указаны альтернативные способы или альтернативный адрес для конфиденциального обмена информацией. Мы не будем просить Вас пояснить причины подачи такого запроса.

Электронное уведомление: Если Вы получили данное уведомление через наш веб-сайт или по электронной почте (e-mail), Вы также имеете право получить его в письменной форме.

Вопросы и жалобы

Если Вы хотите получить более подробную информацию об установленном у нас порядке обращения с конфиденциальной информацией или если у Вас есть вопросы или сомнения, обратитесь к сотруднику по вопросам конфиденциальности (Privacy Officer) по адресу или телефону, указанным в конце данного уведомления.

Если Вы считаете, что мы могли нарушить Ваши права на неприкосновенность частной жизни, или если Вы не

согласны с принятым нами решением относительно доступа к Вашей медицинской информации после подачи Вами запроса о внесении изменений в Вашу медицинскую информацию, об ограничении ее использования или раскрытия, либо об обмене ею в конфиденциальном порядке, Вы можете подать нам жалобу по адресу или телефону, указанным в конце данного уведомления. Вы также можете подать жалобу в письменной форме в Бюро

по защите Гражданских Прав при Министерстве
Здравоохранения и Социального Обеспечения США (Office
for Civil Rights of the United States Department of Health and
Human Services). Вы можете позвонить на «горячую линию»
Бюро по защите Гражданских Прав по телефону 1-800-368-
1019.

Мы уважаем Ваше право на конфиденциальное
обращение с Вашей медицинской информацией. Мы не
будем предпринимать никаких неблагоприятных для Вас
встречных мер, если Вы решите подать жалобу нам или в
Министерство Здравоохранения и Социального
Обеспечения США.

Контактная информация

Privacy Officer, Public Health Madison and Dane County
210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
(608) 266-4821

Подтверждение получения уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией

В соответствии с требованиями федерального законодательства о неприкосновенности частной жизни, мы обязаны предоставить Вам экземпляр нашего уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией (Notice of Privacy Practices). В таком уведомлении разъясняется, как мы можем использовать и раскрывать Вашу защищенную медицинскую информацию. Мы обязаны предоставить Вам настоящее уведомление. Вы не обязаны подписывать и возвращать нам подтверждение. Если Вы желаете подтвердить получение настоящего уведомления, просим Вас подписать форму подтверждения и вернуть ее сотруднику по вопросам конфиденциальности (Privacy Officer) по указанному выше адресу. При возникновении у Вас каких-либо вопросов относительно настоящего подтверждения обратитесь к сотруднику по вопросам конфиденциальности (Privacy Officer) по указанному выше адресу и телефону.

隐私权政策通知
(Simplified Chinese)

本通知说明您的医疗信息如何被使用和披露以及您如何接达该信息。请仔细阅读。我们重视保护您的医疗信息隐私权。

我们的法律职责

适用的联邦和州法律要求我们保护您的医疗信息隐私权。另外还要求我们就我们的隐私权政策、法律职责以及您在自己的医疗信息方面的权利向您发出本通知。我们必须在本通知有效期间遵守其中规定的隐私权政策。本通知于 2013 年 9 月 15 日生效，在我们更换本通知之前一直有效。我们保留随时变更我们的隐私权政策以及本通知条款的权利，但此类变更必须得到适用法律允许。我们保留变更我们的隐私权政策和通知新条款的权利，该隐私权政策和通知新条

款适用我们持有的所有医疗信息，包括我们在进行变更前建立或收到的医疗信息。在我们对隐私政策进行重大变更前，我们将更改本通知，将修订后的通知张贴在每个我们的服务提供地点，并按需向我们的病人和其他人发送新通知。您可以随时索取我们的通知副本。欲了解有关我们隐私权政策的更多信息或索取本通知的其他副本，请通过本通知结尾处的信息联系我们。

医疗信息的使用和披露

治疗：我们有权不经您的许可使用您的医疗信息对您进行治疗。我们有权不经您的许可为了对您进行治疗的目的向医生或其他健康医疗提供者披露您的医疗信息。当我们将其送到医院时，我们有权为了治疗目的披露您的健康信息。

付款：除非您直接为您的健康医疗服务付费，我们有权不经您的许可使用和披露您的医疗信息，以便对我们向您提供的健康医疗获得或提供补偿。如果我们要求医疗补助计划 (Medicaid) 或医疗保险计划 (Medicare) 进行补偿，我们将提交包括您的姓名和其他个人信息的电子索款表。

健康医疗管理：我们有权为了一些健康医疗管理目的的使用和披露您的医疗信息。健康医疗管理包括：

- 我们收到的或创建的受保护健康信息可能被保存在电子数据库中，某些电子数据库是由威斯康辛州运营的，例如 WEDSS、WIR 和 SPHERE。
- 健康医疗质量评估和改进活动；
- 审查和评估健康医疗提供者和健康计划绩效、资质和能力、健康医疗培训计划、健康医疗提供者和健康计划认证、证明、许可以及资质证明活动；
- 进行或安排医疗评估、审计和法律服务，包括欺诈和滥用调查及预防；以及
- 业务规划、开发、管理和一般行政管理，包括客户服务、医疗信息保密以及为健康医疗管理、公共卫生活动和研究建立的受限的数据组。

您的授权：您可以书面授权我们使用或为了任何目的向任何人披露您的医疗信息。您在对我们进行授权后可以随时以书面方式撤销该授权。您对授权的撤销不会影响该授权生效期间允许的任何使用或披露。除非您对我们进行书面

授权，否则我们不会为本通知规定的目的以外的任何目的使用或披露您的医疗信息。我们不会在市场上出售关于您的信息。

联系病人：除非您直接为您的健康医疗服务付费，我们有权使用您的医疗信息以便通过电话或邮件联系您或您授权的代表讨论收费信息。

公共卫生和福利活动：我们有权在法律要求时以及下列情况中不经您的许可使用和披露您的医疗信息：

- 为了公共卫生目的，包括报告传染病、对儿童和成人虐待、忽视或家庭暴力；
- 避免对健康或安全的严重和紧急威胁；
- 为了健康医疗监督的目的，如州许可和同行审查机构以及欺诈预防管理部门的活动；
- 向验尸官、法医和殡仪馆主管披露；
- 根据州工人赔偿法律授权；
- 回应法院法令和某些行政命令以及其他法律程序；
- 就犯罪受害者、在我们建筑物内的犯罪、紧急情况下的犯罪举报以及识别或确定嫌犯或其他人向司法官员披露；
- 为合法的情报、反情报以及国家安全活动目的向军方和联邦官员披露以及就依法监禁的人向矫正机构和司法部门披露。

除非法律要求，否则未经您的书面许可我们不会为其中某些目的披露 HIV 检测结果、某些保密医疗信息或精神健康治疗记录。如果您进行 HIV 检测，您的 HIV 检测结果有可能根据威斯康星州第 §252.15(5)(a) 条法令的规定进行披露。

个人权利

联系信息：如果对本隐私权通知中您的权利有任何疑问，请联系隐私权官员。本通知结尾处提供了具体的联系信息。

表格：您可以从隐私权官员处取得行使您的权利所必要的表格。本通知结尾处提供了具体的联系信息。

接洽：您有权在有限例外的前提下检查和得到一份您的医疗信息副本。要接洽您的医疗信息您必须提出书面请求。我们将对您的隐私权给予合理的保护，包括在相互同意的基础上为您提供其他位置，以便于您查看您的记录。

我们有权就您的医疗信息复本、向您邮寄该复本以及经您要求对您的医疗信息作出任何摘要或解释向您收取合理成本费。请通过本通知结尾处的信息联系我们以了解我们的收费标准。

披露记录：根据法律规定，您有权获得我们披露您的健康信息的清单。在您提出请求后 60 日内，我们将向您提供您要求进行记录期间我们进行的每次必要披露的信息。

修改：您有权请求我们修改您的医疗信息以及精神健康治疗记录。您的请求必须以书面方式提出，并且必须解释此类信息应予以修改的原因。

我们可以因特定原因拒绝您的请求。如果我们拒绝您的请求，我们将向您提供书面解释。如果我们接受您的请求，我们

将该修改作为您的医疗信息的一部分，并尽合理努力将该修改通知我们认为可能根据您的未修改信息对您造成损害的其他人以及您希望收到该修改的人。

限制：您有权请求我们在治疗、支付或健康医疗管理时限制使用或披露您的医疗信息或限制向您的家人、朋友或您指定的其他人使用或披露该信息。我们并非必须同意您的请求。如果我们同意的

话，则我们将遵守彼此之间的协议，但出现医疗紧急情况或法律要求或授权的情况除外。

其它：除非得到您的授意，我们将在法律要求的情况下对您的有关性传播疾病的治疗和护理、生育计划、产前护理和其他护理领域的受保护信息保密，上述例外情形除外。

通信保密：您有权请求我们通过其他方式或寄到您指定的其他地点对我们同您之间就您的医疗信息的通信保密。您必须提出书面请求。您应将您的请求提交给本通知结尾处规定的联系人。您可以从该联系人处索取一份表格以提出您的请求。

如果您的请求合理，我们将接受该请求并指定其他方法或地点进行保密通信。我们不要求您解释您提出该请求的原因。

电子通知：如果您通过我们的网站或电子邮件 (e-mail) 获得本通知，您有权要求以书面方式获得本通知。

问题和申诉

如果您想详细了解我们的隐私权政策或者有问题或疑虑，请通过本通知结尾处提供的信息联系隐私权官员。

如果您担心我们侵犯了您的隐私权或不同意我们就接洽您的医疗信息或回复您对修改、限制使用或披露或以保密方式通信您的医疗信息的请求作出的决定，您可以通过本通知结尾处提供的联系信息向我们申诉。您也可以向美国健康及人类

服务部民权办公室 (Office for Civil Rights of the United States Department of Health and Human Services) 提交书面申诉。您可以致电民权办公室热线

1-800-368-1019 进行联系。

我们支持您的医疗信息隐私权。如果您向我们或美国健康及人类服务部提出申诉，我们不会以任何方式进行报复。

联系信息

Privacy Officer, Public Health Madison and Dane County
210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
(608) 266-4821

隐私权政策通知回执

联邦隐私权法律要求我们向您提供我们的隐私权政策通知。该通知说明我们如何使用和披露您的受保护的健康信息。我们必须向您发出本通知。您不必签署和返回回执。如果您想确认收到本通知，请签署回执表并返回给以上所列 Privacy Officer

（隐私权官员）。如果您对本回执有任何疑问，请

联络以上所列 Privacy Officer（隐私权官员）。

AVISO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD (Notice of Privacy Practices)

ESTE AVISO EXPLICA COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE. PARA NOSOTROS LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE.

Nuestro deber legal

Leyes federales y estatales nos requieren que mantengamos su información médica privado. También nos requieren darle este aviso sobre nuestra política de privacidad. Nuestros deberes legales y sus derechos referentes a su información médica. Debemos seguir la política de privacidad que escribimos en este aviso mientras permanezcan en efecto. Este aviso es efectivo el 15 de septiembre de 2013, y permanecerá en efecto a menos que lo sustituyamos con otro aviso.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y los términos de este aviso en cualquier momento, con tal que tales

cambios sean permitidos y aplicables por ley. Reservamos el derecho de cambiar nuestra política de privacidad. Antes de realizar un cambio significativo en nuestra política de privacidad, cambiaremos este aviso, anunciaremos el cambio en nuestros sitios de servicio y pondremos el aviso nuevo a la disposición de nuestros pacientes y otros que lo requieran.

Usted puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento. Si necesita más información o para pedir copias adicionales de este aviso, favor de contactarnos a la dirección detallada al final de este aviso.

Cómo podemos usar y divulgar su Información Médica Protegida

Tratamiento: Puede que utilicemos su información médica sin pedirle permiso al tratarle. Podemos divulgar su información médica sin su permiso a otros médicos o agencias que ofrecen tratamiento. Si le tenemos que transportar al hospital daremos su información médica para que le puedan atender.

Pago: Utilizaremos su información médica sin pedirle permiso para obtener reembolso de dinero por tratamientos médicos que proveamos, a menos que usted pague directamente por los servicios médicos recibidos. Si necesitamos reembolso de Medicaid o Medicare, mandaremos su nombre y otra información que se necesite electrónicamente.

Operaciones del Cuidado de Salud: Podemos utilizar y divulgar su información médica para algunas de nuestras operaciones del cuidado de salud. Estas operaciones son:

- mantenimiento de la información médica confidencial recibida o generada por nosotros puede guardarse en bases de datos electrónicas, algunas de las cuales son operadas por el Estado de Wisconsin, como WEDSS y SPHERE;
- revisar y mejorar la calidad del tratamiento médico;
- al revisar y evaluar proveedores de tratamiento médico y planes médicos, calificaciones y la capacidad, programas de entrenamiento, acreditación de programa de salud, certificación, licencias;
- Al conducir o arreglar revisiones médicas, intervenciones, y servicios jurídicos, incluyendo fraude y la detección y la prevención de abuso;
- Al planificar, desarrollar, gerencial y administración general de negocios, y administración general, incluyendo el servicio al cliente, de-identificando la información médica, y creando modelos limitados para las operaciones del cuidado médico, las actividades de la salud pública, y la investigación.

Su Autorización: Usted puede darnos autorización por escrito para utilizar su información médica o para divulgarla a cualquier persona por cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, usted puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o acceso permitido por su autorización mientras estuvo en efecto. A menos que usted nos dé una autorización por escrita, no utilizaremos ni divulgaremos su información médica por cualquier propósito con excepción de esos descritos en este aviso. Nosotros no vamos a vender o comercializar su información personal.

Comunicación con el Paciente: Podemos utilizar su información médica para ponernos en contacto con usted o su representante autorizado por teléfono o por carta para discutir la información de facturación, a menos que usted pague directamente por los servicios médicos recibidos.

Requisitos de Salud Pública: Podemos utilizar y divulgar su información médica, sin su permiso, cuando está requerido por ley y en las siguientes situaciones:

- para ayudar a la salud del público, incluyendo divulgar enfermedades contagiosas, abuso de niños, y abuso de adultos, negligencia o violencia doméstica;
- para evitar una amenaza seria e inminente a la salud o a la seguridad;
- Para los problemas en el cuidado médico, tales como las actividades del estado que licencian y autoridades de revisiones, y agencias de la aplicación de la prevención del fraude;
- A los magistrados, a los examinadores médicos y a los directores fúnebres;
- según lo autorizado por leyes de remuneración de los empleados de estado;
- en respuesta a la corte y a ciertas órdenes administrativas u otros procesos legales;
- A los funcionarios que aplican la ley con respecto a víctimas de crimen, crímenes en nuestros locales, crímenes divulgados en emergencias, e identificando o localizando a sospechosos o a otras personas;
- a los militares, a los funcionarios federales para la inteligencia, contrainteligencia, y las actividades legales de seguridad nacional, y a las instituciones correccionales, y a los que hacen cumplir la ley, con respecto a personas en custodia legal; y

Usted puede negar el uso o de acceso de su información médica conforme a una petición escrita de una agencia de estatal, a menos que el acceso sea requerido por la ley. No podemos divulgar resultados de la prueba del VIH, cierta información médica confidencial o los expedientes de tratamiento de salud mental para algunos de estos propósitos sin su permiso escrito, a menos que sean requeridos por la ley. Sus resultados de la prueba del VIH, si los hay, se pueden divulgar según lo establecido en el estatuto de Wisconsin §252.15(5)(a).

Derechos del Individuo

Para comunicarse con nosotros: Si tiene preguntas acerca de sus derechos mencionados en este aviso, por favor contáctese con el empleado en la oficina de Privacidad. La Información específica está incluida al final de este aviso.

Formularios: Usted puede obtener los formularios necesarios para ejercitar sus derechos con el oficial de Privacidad. La Información específica está incluida al final de este aviso.

Acceso: Usted tiene el derecho de examinar y de recibir una copia de su información médica, con excepciones limitadas. Debe hacer una petición por escrito para poder recibir su información médica. Tendremos en cuenta su derecho a la privacidad lo más razonablemente posible, incluyendo la provisión de mutuo acuerdo de sitios alternativos para que usted pueda revisar sus registros.

Podemos cobrarle una suma razonable, honorarios basados en el costo de las copias de su información médica, para el envío, y para preparar cualquier resumen o explicación de la información médica que usted solicita. Contáctenos usando la información citada al final de este aviso para saber sobre nuestros honorarios.

Contabilidad de Acceso: Usted tiene el derecho a un listado de ciertas divulgaciones de su información médica, como está previsto por ley. Dentro de los 60 días de su solicitud, le facilitaremos información sobre cada una de las divulgaciones relevantes que hemos hecho durante el período para el que solicite dicha relación.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que enmendamos su información médica y expedientes de salud mental. Su petición debe ser por escrito, y debe explicar por qué la información debe ser enmendada. Podemos negar su petición por ciertas razones. Si se la negamos, le proporcionaremos una explicación por escrito. Si aceptamos su petición, la agregaremos a

su información médica y trataremos de informar a otros organismos o personas de la enmienda porque sabemos que otros pueden usar su información sin la enmienda y así perjudicarlo.

Restricciones: Usted tiene el derecho de restringir nuestro uso o acceso de su información médica para tratamientos, pago u operaciones de cuidado médico, o con la familia, los amigos u otros que usted identifique. No estamos obligados a estar de acuerdo con su petición. Si estamos de acuerdo, seguiremos nuestro acuerdo, a menos que haya una emergencia médica o según lo requiere o autoriza la ley.

Menores: A menos que usted indique lo contrario, vamos a mantener su información médica protegida en confidencialidad sobre el tratamiento y la atención de las enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar, atención prenatal y otras áreas de la salud si lo requiere la ley, sin perjuicio de las excepciones establecidas anteriormente.

Comunicación Confidencial: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comunicamos con usted sobre su información médica confidencialmente por medios alternativos o en el lugar que usted especifique. Debe hacer su petición por escrito. Usted debe someter su petición a la dirección listada al final de este aviso. Puede obtener un formulario para hacer su petición.

Acomodaremos su petición si es razonable, especificamos los medios alternativos o localización para la comunicación confidencial. No pediremos que usted explique la razón de su petición.

Aviso Electrónico: Si usted recibe este aviso en nuestro sitio Web o por correo electrónico (E-mail), también tiene derecho a recibir este aviso en forma escrita.

Preguntas y Quejas

Si usted desea más información sobre nuestra póliza de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, por favor contacte al personal en la oficina de Privacidad, usando la información al final de este aviso.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica en respuesta a una petición que usted hizo para enmendar, para restringir el uso o acceso, o comunicarse en privado sobre su información médica, usted puede

quejarse con nosotros. Use la información al final de este aviso. Usted también puede someter una queja por escrito a la oficina de los Derechos Civiles del Departamento de Salud y los Servicios Humanos de los Estados Unidos, también puede contactar la oficina de los Derechos Civiles. El Teléfono directo es: 1-800-368-1019.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted elige archivar una queja con nosotros o con el departamento de salud y los servicios humanos de los Estados Unidos.

Para contactarnos, llame o escribanos a:

Privacy Officer, Public Health Madison and Dane County
210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
(608) 266-4821

Reconocimiento de la copia de la Política de Privacidad

Las leyes federales requieren que le proporcionemos una copia de nuestra Política de Privacidad. Esta copia proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y revelar su información de salud. Se nos requiere que le demos este Aviso. Usted no está obligado a firmar y devolver una declaración de recibo. Si usted desea una declaración de recibo de este aviso, por favor firme el formulario de declaración de recibo y devuélvalo al Oficial de Privacidad como se indica arriba. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a este acuse de recibo, por favor póngase en contacto con el Oficial de Privacidad que se indica más arriba.

AFYA YA UMMA MADISON NA KAUNTI YA DANE

ILANI YA UTENDAJI WA FARAGHA

ILANI HII INAELEZEA JINSI TAARIFA ZA MATIBABU ZINAZOKUHUSU ZINAWENZA KUTUMIWA NA KUFICHULIWA NA JINSI UNAWENZA KUPATA UFIKIAJI WA TAARIFA HII. TAFADHALI IKAGUE KWA UMAKINI. FARAGHA YA TAARIFA YAKO YA MATIBABU NI MUHIMU KWETU.

Wajibu wetu wa Kisheria

Tunatakiwa kisheria kudumisha usiri wa taarifa yako ya matibabu na kukupa ilani hii kuhusu wajibu wetu wa kisheria na utendaji wa faragha, na haki zako kuhusu taarifa yako ya matibabu. Ni lazima tufuate utendaji wa faragha ambazo zimefafanuliwa katika ilani hii inapotumika. Ilani hii ya Kanuni za Faragha itaanza kutumika manamo tarehe **15 Septemba 2013** na itaendelea kutumika isipokuwa tutakapoibadilisha.

Tunahifadhi haki ya kubadilisha utendaji wetu wa faragha na masharti ya ilani hii wakati wowote, mradi mabadiliko kama hayo yanaruhusiwa na sheria inayotumika. Tuna haki ya kufanya mabadiliko katika desturi zetu za faragha na sheria na masharti

mapya ya ilani yetu kutumika kwa taarifa zote za matibabu tunazohifadhi, ikiwa ni pamoja na taarifa ya matibabu tuliyounda au kupokea kabla hatujafanya mabadiliko. Kabla hatujafanya mabadiliko makubwa katika utendaji wetu wa faragha, tutabadilisha ilani hii, tutachapisha ilani iliyorekebisha katika kila tovuti yetu ya utoaji huduma, na kufanya ilanii hiyo mpya ipatikane kwa wagonjwa wetu na watu wengine tunapomba.

Unaweza kuomba nakala ya ilani yetu wakati wowote. Kwa maelezo zaidi kuhusu utendaji wetu wa faragha, au kwa nakala za ziada za ilani hii, tafadhali wasiliana nasi kwa kutumia taarifa iliyo mwishoni mwa ilani hii.

Matumizi na Ufichuzi wa Taarifa za Matibabu

Matibabu: Tunaweza kutumia maelezo yako ya matibabu, bila idhini yako, kukutibu. Tunaweza kufichua taarifa yako ya matibabu, bila idhini yako, kwa daktari au mtoa huduma mwingine wa afya kwa matibabu yako.

Malipo: Tunaweza kutumia na kufichua taarifa yako ya matibabu, bila idhini yako, kupata au kukupa fidia ya huduma ya afya tunayokupa, isipokuwa utalipia huduma zako za afya moja kwa moja. Tukitoza Medicaid au Medicare kwa ajili ya kufidiwa, tutawasilisha dai la kielektroniki linalojumuisha jina lako na taarifa nyingine za kibinafsi.

Shughuli za Afya: Tunaweza kutumia na kufichua maelezo yako ya matibabu kwa baadhi ya shughuli zetu za afya. Shughuli za utunzaji wa afya ni pamoja na:

- utunzaji wa taarifa za afya zinazolindwa tunazopokea au kuunda zinaweza kuhifadhiwa katika hifadhidata za kielektroniki, ambazo baadhi yake zinaendeshwa na Jimbo la Wisconsin, kama vile WEDSS na SPHERE.
- tathmini ya ubora wa huduma ya afya na shughuli za uboreshaji;
- kukagua na kutathmini utendakazi wa mtoa huduma wa afya na mpango wa bima, sifa na umahiri, programu za mafunzo ya huduma ya afya, mtoa huduma ya afya na uidhinishaji wa mpango wa afya, uidhinishaji, utoaji leseni na shughuli za uthibitishaji;
- kufanya au kupanga ukaguzi wa matibabu, ukaguzi na huduma za kisheria, ikiwa ni pamoja na ugunduzi na uziiaji wa ulaghai na matumizi mabaya; na
- mipango ya biashara, undaji, usimamizi na usimamizi wa jumla, ikijumuisha huduma kwa wateja, kutotambua maelezo ya matibabu, na kuunda seti chache za data za shughuli za afya, shughuli za afya ya umma na utafiti.

Idhini yako: Unaweza kutupatia idhini iliyoandikwa ya kutumia maelezo yako ya matibabu au kuyafichua kwa mtu yeyote kwa madhumuni yoyote. Ikiwa utatupa idhini, unaweza kuibatilisha kwa maandishi wakati wowote. Kubatilisha kwako hakutaathiri matumizi yoyote au ufichuzi wowote unaoruhusiwa na idhini yako ilipokuwa inatumika. Isipokuwa utupe idhini iliyoandikwa,

hatutatumia au kufichua taarifa yako ya matibabu kwa madhumuni yoyote isipokuwa yale yaliyoelezwa katika ilani hii. Hatutauza au kuitafutia soko taarifa tunayo kuhusu wewe.

Mawasiliano ya Mgonjwa: Tunaweza kutumia maelezo yako ya matibabu kuwasiliana nawe au mwakilishi wako aliyeidhinishwa kupitia simu au barua ili kujadili taarifa ya bili, isipokuwa utalipia huduma zako za afya moja kwa moja.

Mahitaji ya Afya ya Umma: Tunaweza kutumia na kufichua taarifa yako ya matibabu, bila idhini yako, inapohitajika kisheria na ni katika hali zifuatazo:

- kwa afya ya umma, ikijumuisha kuripoti magonjwa ya kuambukiza, unyanyasaji wa watoto, na unyanyasaji wa watu wazima, kutelekezwa au unyanyasaji wa nyumbani;
- ili kuzuia tishio kubwa na la karibu kwa afya au usalama;
- usimamizi wa huduma za afya, kama vile shughuli za mamlaka ya kutoa leseni za serikali na ukaguzi wa rika, na mashirika ya kuzuia utekelezaji wa wa ulaghai;
- kwa wakaguzi wa maiti, wakaguzi wa matibabu na wakurugenzi wa mazishi;
- kama ilivyoidhinishwa na sheria za fidia za mfanyakazi wa serikali;
- Kwa mujibu wa mahakama na amri fulani za utawala na mchakato mwingine wa kisheria;
- kwa maafisa wa kutekeleza sheria kuhusu waathiriwa wa uhalifu, uhalifu katika majengo yetu, kuripoti uhalifu katika dharura, na kutambua au kutafuta washukiwa au watu wengine;
- kwa wanajeshi, kwa maafisa wa shirikisho kwa taarifa halali za kijasusi, upelelezi, na shughuli za usalama wa taifa, na kwa taasisi za marekebisha na utekelezaji wa sheria kuhusu watu walio chini ya ulinzi wa halali; na

Hatuwezi kufichua matokeo ya vipimo vya VVU, taarifa fulani za siri za matibabu au rekodi za matibabu ya afya ya akili kwa baadhi ya madhumuni haya bila kibali chako cha maandishi, isipokuwa kama inavyotakiwa na sheria. Matokeo yako ya kipimo cha VVU, kama yapo, yanaweza kufichuliwa kama ilivyobainishwa katika Sheria za Wisconsin §252.15(5)(a).

Haki za Kibinafsi

Taarifa ya Mawasiliano: Ikiwa una maswali yoyote kuhusu haki zako chini ya ilani hii ya faragha tafadhali wasiliana na Afisa wa Faragha. Taarifa mahususi ya mawasiliano yanapatikana mwishoni mwa ilani hii.

Fomu: Unaweza kupata fomu zinazohitajika ili kutumia haki zako kutoka kwa Afisa wa Faragha. Taarifa mahususi ya mawasiliano yanapatikana mwishoni mwa ilani hii.

Ufikiaji: Una haki ya kukagua na kupokea nakala ya taarifa yako ya matibabu, isipokuwa kwa viziuzi. Lazima utume ombi la maandishi ili kupata ufikiaji wa taarifa yako ya matibabu. Tutashughulikia haki yako ya faragha kadri inavyowezekana, ikiwa ni pamoja na kutoa mahali mbadala ambapo pande zote ili ukague rekodi zako.

Tunaweza kukutoza ada zinazofaa, kulingana na gharama ya kila nakala ya taarifa yako ya matibabu, ya kutuma nakala kwako, na ya kuandaa muhtasari au maelezo yoyote ya taarifa yako ya matibabu unayoomba. Wasiliana nasi kwa kutumia maelezo yaliyo mwishoni mwa ilani hii kwa maelezo kuhusu ada zetu.

Uhasibu wa Ufichuzi: Una haki ya orodha ya ufichuzi fulani wa maelezo yako ya afya kama inavyotolewa na sheria. Ndani ya siku 60 za ombi lako, tutakupata taarifa kuhusu kila ufichuzi wa uwajibikaji ambao tulitoa katika kipindi ambacho uliomba uhasibu.

Marekebisho: Una haki ya kuomba turekebishe taarifa yako ya matibabu na rekodi za matibabu ya afya ya akili. Ombi lako lazima liwe kwa maandishi, na ni lazima lieleze ni kwa nini taarifa inapaswa kufanyiwa marekebisho. Tunaweza kukataa ombi lako kwa sababu maalum. Ikiwa tutakataa ombi lako, tutakupata taarifa iliyoandikwa. Ikiwa tutakubali ombi lako, tutafanya marekebisho

yako kuwa sehemu ya maelezo yako ya matibabu na kutumia juhudi zinazofaa kuwajulisha wengine kuhusu hayo marekebisho wale tunaojua wanaweza kuwa nayo na kutegemea taarifa ambayo haijajarekebishwa kwa madhara yako, pamoja na watu unaotaka kupokea marekebisho.

Kikwazo Una: haki ya kuomba kwamba tuwekee vikwazo vya matumizi yetu au kufichua maelezo yako ya matibabu kwa matibabu, malipo au shughuli za afya, au na familia, marafiki au watu wengine unaowatambua. Hatuhitajiki kukubaliana na ombi lako. Ikiwa tutakubali, tutatii makubaliano yetu, isipokuwa katika dharura ya matibabu au inavyotakiwa au kuidhinishwa na sheria.

Watoto wadogo: Isipokuwa ukielekeza vinginevyo, tutaweka taarifa zako za afya zilizolindwa kwa usiri kuhusu matibabu na utunzaji wa magonjwa ya zinaa, upangaji uzazi, utunzaji wa ujauzito na maeneo mengine ya utunzaji ikiwa itahitajika kisheria, kwa kuzingatia kando zilizotajwa hapo juu.

Mawasiliano ya Siri: Tunaweza kuwasiliana nawe ili kukupa vikumbusho vya miadi. Una haki ya kuomba kuwasiliana nawe kuhusu maelezo yako ya matibabu kwa siri kwa njia mbadala au maeneo mbadala ambayo umebainisha. Lazima utume ombi lako kwa maandishi. Unapaswa kuwasilisha ombi lako kwa mwasiliani mwishoni mwa ilani hii. Unaweza kupata fomu kutoka kwa mtu huyo ili kufanya ombi lako.

Tutashughulikia ombi lako ikiwa linafaa, inabainisha njia mbadala au eneo la mawasiliano ya siri. Hatutakuuliza ueleze sababu ya ombi lako.

Ilani ya Kielektroniki: Ukipokea ilani hii kwenye tovuti yetu au kwa barua pepe ya kielektroniki (barua-pepe), una haki ya kupokea ilani hii kwa njia ya maandishi.

Maswali na Malalamshi

Ikiwa unaitaji taarifa zaidi kuhusu utendaji wetu wa faragha au una maswali au wasiwasi, tafadhali wasiliana na Afisa wa Faragha ukitumia taarifa zilizo mwishoni mwa ilani hii.

Ikiwa una wasiwasi kwamba tunaweza kuwa tumekiuka haki zako za faragha, au hukubaliani na uamuzi tuliofanya kuhusu ufikiaji wa taarifa zako za matibabu, kwa kujibu ombi ulilotoa la kurekebisha, kuzuia matumizi au ufichuzi wake, au kuwasiliana kwa siri kuhusu maelezo yako ya matibabu, unaweza kulalamika kwetu kwa kutumia taarifa ya mawasiliano mwishoni mwa ilani hii.

Unaweza pia kuwasilisha malalamiko yaliyoandikwa kwa Ofisi ya Haki za Kiraia ya Idara ya Afya na Huduma za Kibinadamu ya Marekani. Unaweza kuwasiliana na Simu ya Dharura ya Ofisi ya Haki za Kiraia kwa 1-800-368-1019.

Tunaunga mkono haki yako ya ufaragha wa taarifa yako ya matibabu. Hatutalipiza kisasi kwa njia yoyote ukiamua kuwasilisha malalamiko kwetu au kwa Idara ya Afya na Huduma za Kibinadamu ya U.S.

Taarifa ya Mawasiliano

Afisa wa Faragha, Afya ya Umma Madison na Kaunti ya Dane
210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
(608) 266-4821

Kubali ya Ufahamu wa Ilani ya Utendaji wa Faragha

Chini ya sheria za faragha za shirikisho tunatakiwa kukupa Ilani yetu ya Utendaji wa Faragha. Ilani hii hutoa taarifa kuhusu jinsi tunavyoweza kutumia na kufichua taarifa zako za afya zinazolindwa. Tunahitajika kukupa ilani hii. Huhitajiki kutia sahihi na kurejesha kubali ya kupokea. Ikiwa ungependa kukubali kwamba umepokea Ilani hii, tafadhali tia sahihi fomu ya kukubali na uirejeshe kwa Afisa wa Faragha kama ilivyoorodheshwa hapo juu. Ikiwa una maswali yoyote kuhusu kubali hii ya kupokea, tafadhali wasiliana na Afisa wa Faragha kama ilivyoorodheshwa hapo juu.