

اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی

اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی («اطلاعیه») شرایط استفاده و افشای اطلاعات سلامت محافظت‌شده (Protected Health Information, PHI) شما و نحوه دسترسی به این اطلاعات را آن‌گونه که توسط «قانون مسئولیت و قابلیت انتقال بیمه سلامت مصوب 1996» (Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) و سایر قوانین الزامی شده است، تشریح می‌کند. لطفاً به‌دقت آن را مرور کنید.

ما که هستیم

این اطلاعیه واحد در تمام بخش‌ها و برنامه‌های سلامت کانتی آلامدا (Alameda County Health, AC Health)، نهاد تحت پوشش قانون HIPAA و سازمان وابسته به کانتی آلامدا، اعمال می‌شود. AC Health شامل بخش‌ها و برنامه‌های زیر است: سلامت رفتاری (طرح‌های سلامت روان و سامانه تحویل سازمان‌دهی‌شده دارویی (DMC-ODS) Medi-Cal)، سلامت عمومی، سلامت محیطی و خدمات اضافی از قبیل مراقبت سلامت برای افراد بی‌خانمان، خدمات بی‌خانمانی و مسکن، خدمات اورژانسی پزشکی، مدارس و جوامع سالم، کمیته اقدام سیاسی سلامت (Health PAC) و مبادله اطلاعات سلامت اجتماعی (Social Health Information Exchange, SHIE).

AC Health ممکن است اطلاعات سلامت محافظت‌شده (PHI) شما را با افراد و سازمان‌هایی که تحت عنوان «همکاران تجاری» و «سازمان‌های خدماتی واجد شرایط» شناخته می‌شوند و خدمات ضروری را از طرف ما ارائه می‌دهند، به اشتراک بگذارد. خدمات شامل موارد زیر می‌شود: خدمات پشتیبانی اداری از قبیل تحلیل داده‌ها، صدور صورت‌حساب یا پردازش مطالبات، اعتباربخشی، حسابرسی، خدمات آزمایشگاهی، فناوری اطلاعات و همچنین خدمات بالینی مستقیمی که از طریق قرارداد با برنامه‌های سلامت ما یا سایر ترتیبات خدماتی تأییدشده ارائه می‌گردد. همکاران تجاری در حین ارائه این خدمات ممکن است اطلاعات سلامت محافظت‌شده (PHI) را نیز جمع‌آوری، ایجاد یا دریافت کنند و آن‌ها را حسب ضرورت، برای پشتیبانی از ارائه مراقبت، هماهنگی، پرداخت یا عملیات، با AC Health به اشتراک بگذارند. تمام همکاران تجاری، به‌موجب قانون و طبق قرارداد، ملزم به محافظت از PHI شما هستند و فقط مجاز به استفاده یا افشای آن به میزانی هستند که تحت قانون HIPAA و قرارداد منعقد با AC Health مجاز شناخته می‌شود.

اطلاعات شما.

حقوق شما.

مسئولیت‌های ما.

در بخش‌های بعدی، نحوه استفاده و افشای اطلاعات سلامت شما را توضیح می‌دهیم، حقوقتان را مشخص و مسئولیت‌هایتان را تشریح می‌کنیم. توصیه می‌کنیم چند دقیقه وقت بگذارید و این اطلاعات را به‌دقت مرور کنید.





اطلاعات شما:

کاربردها و افشاکاری های ما

<p>ما عموماً برای ارائه درمان (مراقبت از شما)، مدیریت پرداخت (صدور صورت حساب خدمات شما) و پشتیبانی عملیات مراقبت سلامت (برای اداره سازمان خود) از اطلاعات سلامت شما استفاده و آن‌ها را افشا می‌کنیم (به اشتراک می‌گذاریم).</p>	
<p>ارائه مراقبت‌های پزشکی، سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلالات سوء مصرف مواد)، یا دندان‌پزشکی به شما، هماهنگ‌سازی درمان شما در راستای تمام برنامه‌هایمان و اشتراک‌گذاری آن با سایر متخصصانی که در حال ارائه خدمات درمانی به شما هستند.</p> <p>مثال: ارائه‌دهنده خدمات سلامت رفتاری ممکن است با ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما همکاری کند تا از پشتیبانی طرح درمانی از هر دو نیاز سلامت روان و جسم شما اطمینان حاصل نماید.</p>	<p>درمان شما</p>
<p>می‌توانیم از اطلاعات سلامت شما به منظور ارائه صورت حساب و دریافت هزینه از Medi-Cal، Medicare، طرح‌های سلامت یا دیگر شرکت‌های بیمه استفاده کنیم و این اطلاعات را به اشتراک بگذاریم.</p> <p>مثال: درباره شما اطلاعاتی به طرح بیمه سلامت شما می‌دهیم تا هزینه خدمات دریافتی شما را پرداخت کند.</p>	<p>صدور صورت حساب برای خدمات</p>
<p>می‌توانیم به منظور اجرای برنامه‌های خود، بهبود مراقبت و تماس با شما در مواقع ضروری، از اطلاعات سلامت شما استفاده کنیم و آن را به اشتراک بگذاریم.</p> <p>مثال: ممکن است از اطلاعات سلامت شما برای مدیریت درمان و خدمات شما، بهبود کیفیت یا آموزش کارمندان استفاده کنیم.</p>	<p>استفاده برای مدیریت سازمان</p>
<p>برخی از سوابق مرتبط با درمان سوء مصرف مواد، تحت قانون فدرال (مقررات حفاظتی 42 CFR بخش 2) به‌طور ویژه مورد حفاظت قرار می‌گیرند. این مقررات اکنون در تعامل با قانون HIPAA عمل می‌کنند تا تیم مراقبت سلامت شما بتواند با حفظ محرمانگی اطلاعات، آن را به صورت ایمن به اشتراک بگذارد و به هماهنگی مراقبت از شما کمک کند. نحوه استفاده و افشای اطلاعات درمان SUD شما، منوط به نوع رضایت‌نامه‌ای است که ارائه کرده‌اید:</p> <ul style="list-style-type: none"> رضایت‌نامه عمومی: اگر به ما رضایت عمومی اعطا کرده باشید، مجاز خواهیم بود از سوابق SUD شما برای درمان، پرداخت یا عملیات مراقبت سلامت (TPO) استفاده کنیم و آن‌ها را به اشتراک بگذاریم. این رضایت‌نامه به ما امکان می‌دهد اطلاعات شما را در اختیار سایر ارائه‌دهندگان و سازمان‌های دخیل در مراقبت از شما بگذاریم. رضایت برای هدفی دیگر: در صورتی که برای هدفی دیگر به ما مجوز داده باشید، فقط به شیوه‌هایی که شما صریحاً اجازه داده‌اید، مجاز به استفاده و افشای سوابق درمان SUD شما خواهیم بود. بدون رضایت شما: اگر مجوزی به ما نداده باشید، فقط به شیوه‌هایی که مقررات 42 CFR بخش 2 مجاز می‌داند، سوابق درمان SUD شما را افشا خواهیم کرد. 	<p>سوابق درمان اختلالات سوء مصرف مواد (Substance Use Disorder, SUD) (مقررات حفاظتی 42 CFR بخش 2)</p>
<p>ما در برنامه «کالیفرنیا در مسیر پیشرفت و نوآوری در (CalAIM) Medi-Cal» مشارکت داریم، برنامه‌ای که به هماهنگی برای مراقبت از اعضای Medi-Cal دارای نیازهای پیچیده سلامت کمک می‌کند. در راستای این اقدام، ممکن است اطلاعات سلامت شما را با سایر ارائه‌دهندگان و سازمان‌های تأییدشده‌ای که در مراقبت از شما نقش دارند، از جمله طرح‌های سلامت، سازمان‌های جامعه‌بنیاد، ارائه‌دهندگان مسکن، یا ارائه‌دهندگان خدمات سلامت رفتاری به اشتراک بگذاریم تا هماهنگی خدمات از طریق برنامه‌هایی همچون «مدیریت مراقبت فراگیر» (Management, ECM Enhanced Care) یا «حمایت‌های جامعه‌محور» بهبود یابد. این اشتراک‌گذاری صرفاً در چارچوب قانون و فقط در مواردی که برای پشتیبانی از درمان و خدمات شما ضروری باشد، صورت می‌پذیرد.</p>	<p>هماهنگی مراقبت و برنامه‌های CalAIM</p>

<p>کاربردها و افشاهای بیشتر: همچنین ممکن است اطلاعات سلامت شما را برای اهداف زیر، به میزانی که قانوناً مجاز یا الزامی است، استفاده یا افشا کنیم.</p>	
<p>می‌توانیم اطلاعات سلامت شما را در موقعیت‌های خاصی به اشتراک بگذاریم، مانند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • جلوگیری از بیماری، صدمه یا معلولیت • گزارش تولد و وفات • کمک به فراخوان‌های محصول • گزارش واکنش‌های نامطلوب به داروها • گزارش موارد مشکوک به سوءاستفاده، بی‌توجهی یا خشونت خانگی • جلوگیری یا کاهش تهدید جدی نسبت به سلامت یا ایمنی هر فردی 	<p>مسائل مربوط به سلامت و ایمنی عمومی</p>
<p>می‌توانیم اطلاعات سلامت را برای مقاصد پژوهشی، با اشخاص ثالث به اشتراک بگذاریم.</p>	<p>تحقیق</p>
<p>اطلاعات مربوط به شما را در صورت الزام قوانین ایالتی یا فدرال به اشتراک می‌گذاریم، از جمله اشتراک‌گذاری با وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، در صورتی که به‌دنبال بررسی تبعیت ما از قانون حریم خصوصی فدرال باشد.</p>	<p>تبعیت از قانون</p>
<p>می‌توانیم اطلاعات سلامت شما را با سازمان‌های اهدای عضو به اشتراک بگذاریم.</p>	<p>درخواست‌های اهدای عضو و بافت</p>
<p>می‌توانیم اطلاعات سلامت شما را با سازمان‌های ناظر سلامت برای فعالیت‌هایی که به‌موجب قانون مجاز هستند، استفاده کنیم یا با آنان به اشتراک بگذاریم.</p>	<p>نظارت بر سلامت</p>
<p>می‌توانیم اطلاعات سلامت را با مأمور تشخیص علت مرگ، پزشک قانونی یا مدیر برگزاری تشییع هنگام فوت فرد به اشتراک بگذاریم.</p>	<p>همکاری با پزشک قانونی، بازرس پزشکی قانونی یا مدیر برگزاری تشییع</p>
<p>می‌توانیم اطلاعات سلامت شما را برای مطالبات خسارت کارگران استفاده کنیم یا به اشتراک بگذاریم.</p>	<p>جبران خسارت کارگران</p>
<p>می‌توانیم اطلاعات سلامت شما را با نهادهای ناظر بر سلامت برای اقدامات مجاز قانونی، برای وظایف خاص مانند مأموریت‌های نظامی یا فعالیت‌های امنیت ملی، یا برای حفاظت از رئیس‌جمهور و سایر اشخاص صلاحیت‌دار؛ و در شرایط محدود، برای مقاصد اجرای قانون یا با مقام رسمی اجرای قانون، استفاده کرده یا افشا کنیم.</p>	<p>درخواست‌های دولتی و اجرای قانون</p>
<p>اگر در بازداشت نهاد اصلاحی (مانند زندان) یا نزد مقام اجرای قانون باشید، ممکن است اطلاعات سلامت شما را برای حفظ سلامت و ایمنی خودتان، سلامت و ایمنی دیگران یا برای مدیریت و امنیت آن مرکز افشا کنیم.</p>	<p>زندانی‌ها</p>
<p>ممکن است اطلاعات سلامت شما را در مواقع لازم برای کاهش تهدید جدی یا قریب‌الوقوع نسبت به سلامت یا ایمنی شما، عموم مردم، یا فرد دیگری افشا کنیم.</p>	<p>تهدیدهای جدی و قریب‌الوقوع</p>
<p>می‌توانیم اطلاعات سلامت شما را در پاسخ به حکم دادگاه یا حکم اداری، یا در پاسخ به احضار به دادگاه افشا کنیم.</p>	<p>دعای قضایی و اقدامات حقوقی</p>



حقوق شما

شما در زمینه اطلاعات مربوط به سلامت خود حقوقی دارید. این بخش حقوق شما و برخی از مسئولیت‌های ما برای کمک به شما را توضیح می‌دهد.	
می‌توانید درخواست دهید نسخه الکترونیکی یا کاغذی از سوابق پزشکی خود و دیگر اطلاعات سلامت را که ما از شما در اختیار داریم، دریافت یا مشاهده کنید. معمولاً ظرف 30 روز از تاریخ درخواست شما، ما یک کپی یا خلاصه از اطلاعات سلامت شما ارائه خواهیم داد.	دسترسی به سوابق خود
می‌توانید از ما بخواهید اطلاعات سلامت مربوط به خود را که تصور می‌کنید نادرست یا ناقص است، اصلاح کنیم. ممکن است به درخواست شما پاسخ «منفی» دهیم، اما به‌طور کتبی دلیل تصمیم خود را ظرف 60 روز به شما اعلام خواهیم کرد.	درخواست اصلاح
می‌توانید درخواستی برای اعمال محدودیت در استفاده یا افشای اطلاعات سلامت خود ارائه دهید، اگرچه ممکن است نتوانیم در تمام موارد با این درخواست موافقت کنیم.	درخواست اعمال محدودیت
می‌توانید از ما درخواست کنید به روش خاصی با شما تماس بگیریم (برای مثال: تلفن منزل یا دفتر کار) یا نامه‌ها را به آدرس دیگری ارسال کنیم. ما به تمام درخواست‌های منطقی پاسخ «مثبت» خواهیم داد. باید این درخواست را به‌صورت کتبی ارائه دهید و مشخص کنید چگونه یا از چه طریقی مایل به تماس هستید.	درخواست ارتباطات محرمانه
می‌توانید فهرستی (حسابرسی) از تمام نوبت‌های اشتراک‌گذاری اطلاعات خود توسط ما در شش سال گذشته تا به اکنون، نام طرفین دریافت‌کننده اطلاعات و دلیل اشتراک‌گذاری اطلاعات خود را درخواست کنید. ما تمام موارد افشای اطلاعات را به‌جز موارد مربوط به درباره درمان، پرداخت و اقدامات مراقبت سلامت، و موارد افشای خاص دیگر (از قبیل هر افشای مورد درخواست خود شما) را به شما ارائه می‌دهیم. یک حسابرسی در طول سال به‌طور رایگان ارائه می‌دهیم، اما در صورتی که در طول 12 ماه گذشته درخواست حسابرسی دیگری کنید، ممکن است هزینه منطقی آن را از شما مطالبه کنیم.	دریافت فهرست افشاها
می‌توانید درخواست نسخه‌ای کاغذی از این اطلاعات را در هر زمانی ارائه دهید، حتی اگر موافقت کرده باشید که اطلاعات را به‌صورت الکترونیک دریافت کنید. ما سریعاً نسخه‌ای کاغذی به شما ارائه خواهیم داد.	نسخه کاغذی از این اطلاعات حریم خصوصی دریافت کنید
اگر به شخصی وکالتنامه پزشکی داده‌اید یا شخصی سرپرست قانونی شماست، این شخص می‌تواند حقوق شما را اعمال کند و تصمیماتی درباره اطلاعات سلامت شما بگیرد. اطمینان حاصل خواهیم کرد شخص این اختیار را داشته باشد و می‌تواند قبل از اینکه هر اقدامی انجام دهیم، از جانب شما اقدام کند.	شخصی را انتخاب کنید که از جانب شما اقدام کند
اگر باور دارید حقوق حریم خصوصی شما نقض شده است، می‌توانید از طریق تماس با شماره 510-618-3333 یا ارسال ایمیل به ACHealth.Compliance@acgov.org ، شکایتی نزد ما مطرح کنید. همچنین می‌توانید شکایتی در دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده از طریق ارسال نامه‌ای به سازمان زیر مطرح کنید: HHS Office for Civil Rights 90 7 th Street, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103 از طریق تماس تلفنی: 1800-368-1019 به‌صورت آنلاین www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ ما به‌علت ارائه این شکایت اقدام تلافی‌جویانه علیه شما انجام نخواهیم داد.	طرح شکایت



حقوق شما تحت قانون کالیفرنیا

برخی از اطلاعات سلامت شما به دلیل اینکه حساس تلقی می‌شوند، تحت حفاظت‌های ویژه قانون کالیفرنیا قرار دارند. این اطلاعات مرتبط با موارد زیر می‌شود: نتایج آزمایش HIV؛ درمان سوء مصرف مواد؛ سلامت روان؛ آزمایش‌های ژنتیکی؛ خدمات سلامت باروری (از جمله مراقبت‌های مرتبط با سقط جنین)؛ و مراقبت‌های تأییدکننده هویت جنسیتی. ممکن است این اطلاعات را در داخل AC Health و با همکاران تجاری خود، در مواقعی که برای درمان شما، صدور صورت‌حساب مراقبت‌هایتان، یا اداره سازمان ضروری باشد، استفاده کنیم یا به اشتراک بگذاریم. بنا به الزام قانون، ما پیش از انجام انواع افشاکری‌ها، مجوز کتبی شما را اخذ خواهیم کرد.

حقوق محرمانگی نوجوانان و افراد صغیر: در برخی شرایط، مجاز یا موظف هستیم دسترسی والدین یا سرپرست قانونی افراد زیر سن قانونی را به اطلاعات سلامت وی رد کنیم. به عنوان مثال:

- هنگامی که افراد زیر سن قانونی به‌طور قانونی رضایت می‌دهند، ما اطلاعات آنان را بدون مجوز کتبی خود فرد، با والدین یا سرپرستانشان به اشتراک نخواهیم گذاشت، مگر آنکه قانون الزامی یا مجاز کرده باشد (مانند حکم دادگاه، فوریت پزشکی، یا گزارش‌دهی اجباری).
- افراد زیر سن قانونی در رده سنی 12 سال و بالاتر می‌توانند به خدمات حساس خاصی از جمله سلامت روان، درمان اختلال سوء مصرف مواد، خدمات سلامت باروری، و آزمایش و درمان HIV/STI رضایت دهند.
- افراد زیر سن قانونی می‌توانند درخواست دهند مکاتبات (مانند نتایج آزمایش، صورت‌حساب‌ها) را به آدرس، شماره تلفن یا ایمیل دیگری ارسال کنیم تا حریم خصوصی آنان حفظ شود. این درخواست، «درخواست ارتباطات محرمانه» نامیده می‌شود و ما موظف به رعایت آن هستیم.

انتخاب‌های شما

در رابطه با اطلاعات خاص سلامت، می‌توانید تعیین کنید چه اطلاعاتی را به اشتراک بگذاریم. در صورتی که ترجیح مشخصی درباره نحوه به اشتراک گذاشتن اطلاعات خود در موقعیت‌های شرح داده‌شده در بخش زیر دارید، با ما صحبت کنید. آنچه را که می‌خواهید ما انجام دهیم به ما اطلاع دهید، ما دستورات شما را دنبال خواهیم کرد.

<ul style="list-style-type: none"> ● اشتراک‌گذاری اطلاعات با خانواده، دوستان نزدیک یا دیگر افراد دخیل در پرونده خود. ● اشتراک‌گذاری اطلاعات در یک موقعیت امداد فاجعه. ● درخواست روش ارتباطی خاص از طرف ما (مانند تماس تلفنی، ایمیل، آدرس دفتر و غیره). ● درخواست اشتراک نگذاشتن اطلاعات با شرکت بیمه برای خدمتی که هزینه آن را به‌طور کامل از جیب پرداخت کرده‌اید. 	<p>شما حق و قدرت انتخاب دارید که از ما بخواهید موارد زیر را انجام دهیم:</p>
--	--

در صورتی که قادر نباشید ترجیح خود را به ما اطلاع دهید، مثلاً به علت بیهوش بودن، اگر اعتقاد داشته باشیم اشتراک‌گذاری اطلاعات برای شما مفید است، ممکن است اطلاعات شما را به اشتراک بگذاریم. همچنین می‌توانیم هنگام نیاز به کاهش تهدید جدی یا فوری برای سلامت یا ایمنی، اطلاعات شما را در صورت لزوم به اشتراک بگذاریم.

<ul style="list-style-type: none"> ● اهداف بازاریابی. ● فروش اطلاعات شما. ● بیشترین میزان اشتراک‌گذاری یادداشت‌های روان‌درمانی و مشاوره اختلال سوء مصرف مواد. ● ما پرونده درمان اختلال سوء مصرف مواد (SUD) شما یا هرگونه شهادت مربوط به آن را در هیچ‌یک از رسیدگی‌های مدنی، کیفری، اداری یا قانونی علیه شما افشا نخواهیم کرد، مگر آنکه شما با صدور رضایت‌نامه، استفاده یا افشا آن را مجاز کرده باشید، یا دادگاه پس از ابلاغ به شما، آن را دستور داده باشد. 	<p>در این موارد، اطلاعات شما را به اشتراک نخواهیم گذاشت، مگر اینکه اجازه‌نامه کتبی به ما بدهید:</p>
--	--

حتی اگر به ما مجوز کتبی داده باشید، می‌توانید در هر زمان آن را به‌صورت کتبی لغو نمایید.



می‌توانیم با هدف انجام تلاش‌های خود در قالب پویش جمع‌آوری کمک مالی یا رسانه‌ای با شما تماس بگیریم، اما می‌توانید به ما بگویید دیگر با شما تماس نگیریم.

• در رابطه با جمع‌آوری کمک‌های مالی یا کمپین رسانه‌ای

مسئولیت‌های ما

- طبق قانون، ما ملزم به حفظ حریم خصوصی و امنیت اطلاعات سلامت محافظت‌شده شما هستیم.
- در صورت هر مورد نقض که ممکن است باعث لطمه به حریم خصوصی یا امنیت اطلاعات شما شود، سریعاً این موضوع را به شما اطلاع خواهیم داد.
- باید از شیوه‌نامه انجام وظایف و محافظت از حریم خصوصی تشریح‌شده در این اطلاعیه پیروی کنیم و نسخه‌ای از آن را به شما ارائه دهیم.
- ما از اطلاعات شما استفاده نخواهیم کرد و این اطلاعات را به اشتراک نخواهیم گذاشت، مگر در مواردی که به‌طور کتبی اجازه استفاده و اشتراک گذاشتن آن را به ما بدهید. در صورتی که این اجازه را به ما بدهید، مجدداً در هر زمانی می‌توانید نظر خود را تغییر دهید. در صورت تغییر نظرمان، به‌طور کتبی به ما اطلاع دهید.
- جهت کسب اطلاعات بیشتر، مراجعه کنید به:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

تغییرات در شرایط این اطلاعیه

می‌توانیم شرایط این اطلاعیه را تغییر دهیم، و این تغییرات در تمام اطلاعاتی که درباره شما داریم، اعمال خواهد شد. اطلاعیه جدید بر حسب درخواست، در دفتر ما و وبسایت ما در دسترس خواهد بود.

تاریخ اجرای این اطلاعیه: 2013

بازبینی: اگوست 2017؛ ژوئن 2022؛ نوامبر 2025