

## اطلاعات مربوط به شما. حقوق شما. مسئولیت‌های شما.

این اعلامیه در مورد نحوه استفاده از اطلاعات پزشکی شما و افشاء آن، و نحوه دسترسی شما به این اطلاعات توضیحات ارائه می‌دهد.  
لطفاً آنرا بدقت مطالعه نمایید.



### حقوق شما

در ارتباط با اطلاعات بهداشتی مربوط به شما، از حقوق خاصی برخوردار هستید. این بخش، جهت کمک به شما توضیحاتی در مورد حقوق شما و برخی از مسئولیت‌های ما ارائه می‌دهد.

• دریافت نسخه‌ای از پرونده و مطالبات پزشکی شما  
• می‌توانید از ما تقاضای مشاهده نسخه‌ای از پرونده و مطالبات پزشکی خود را نمایید. در مورد نحوه انجام اینکار از ما سؤال کنید.

• ما معمولاً ظرف 30 روز از تاریخ تقاضای شما، یک نسخه یا خلاصه‌ای از پرونده و مطالبات پزشکی شما را فراهم خواهیم کرد. ممکن است پرداخت هزینه‌ای معقول بر اساس آنچه که متقبل شده ایم را از شما درخواست کنیم.

• از ما در مورد تصحیح پرونده و مطالبات پزشکی سؤال کنید  
• اگر معتقدید که پرونده و مطالبات پزشکی شما نادرست یا ناکامل است، می‌توانید از ما درخواست تصحیح آنرا نمایید. در مورد نحوه انجام اینکار از ما سؤال کنید.

• ممکن است به درخواست شما پاسخ "منفی" بدهیم، اما ظرف 60 روز به صورت کتبی دلیل اینکار را اطلاع خواهیم داد.

• تقاضای برقراری ارتباط به صورت محرمانه  
• می‌توانید از ما درخواست کنید که به صورت خاصی (به عنوان مثال از طریق شماره تلفن منزل یا محل کار) با شما تماس برقرار کنیم، یا به آدرس متفاوتی به شما نامه ارسال کنیم.

• ما تمامی درخواستهای معقول را مد نظر قرار خواهیم داد، و در صورتی که به ما بگویید که زندگی شما در معرض خطر قرار خواهد گرفت، پاسخ ما باید حتماً "مثبت" باشد.

ادامه در صفحه بعد

- از ما درخواست کنید تا آنچه که استفاده می کنیم یا به اشتراک می گذاریم را محدود کنیم
- می توانید از ما درخواست کنید تا از برخی اطلاعات بهداشتی برای درمان، پرداخت، یا برای عملیات مان استفاده نکنیم یا آنها را به اشتراک نگذاریم.
- ما ملزم به موافقت با تقاضای شما نیستیم، و در صورتی که این امر در مراقبت شما تأثیر داشته باشد، ممکن است پاسخ "منفی" به شما بدهیم.

- دریافت فهرستی از جاهایی که اطلاعات شما را با آنها به اشتراک گذاشته ایم
- می توانید در ارتباط با تمامی مواقعی که اطلاعات بهداشتی شما را تا شش سال قبل از تاریخ درخواست تان به اشتراک گذاشتیم، با چه کسی و به چه دلیل، درخواست یک فهرست (گزارش) نمایید.
- این مشمول تمامی اطلاعات، به غیر از آنهایی که در ارتباط با درمان، پرداخت، و عملیات مربوط به مراقبت بهداشتی، و برخی اطلاعات دیگر (مانند آن اطلاعاتی که شما از ما خواستید) خواهد بود. ما هر سال یک گزارش رایگان فراهم خواهیم کرد، اما اگر ظرف 12 ماه گزارش دیگری را درخواست کنید، هزینه ای معقول، بر مبنای هزینه ای که متقبل شدیم را از شما دریافت خواهیم کرد.

- دریافت نسخه ای از اعلامیه حفظ حریم خصوصی
- در هر زمان می توانید یک نسخه کاغذی این اعلامیه را درخواست کنید، حتی اگر موافقت کردید که به صورت الکترونیک اعلامیه را دریافت کنید. ما فوراً یک نسخه کاغذی برای شما فراهم خواهیم کرد.

- شخصی را به عنوان نماینده خود انتخاب کنید
- اگر به شخصی وکالتنامه پزشکی داده اید یا اینکه شخصی قیم قانونی شما است، آن شخص می تواند به نمایندگی از سوی شما حقوق شما را اعمال نماید و در ارتباط با اطلاعات بهداشتی شما انتخابی نماید.
- قبل از هر گونه اقدام، ما اطمینان کسب خواهیم کرد که شخص مربوطه این اختیار را دارد و می تواند بنماینده ای از سوی شما عمل کند.

- اگر فکر می کنید که به حقوق شما تجاوز شده است، می توانید با استفاده از اطلاعات مندرج در صفحه 1 با ما تماس بگیرید و شکایت کنید.
- اگر فکر می کنید که به حقوق تان تجاوز شده است می توانید شکایت کنید
- می توانید با ارسال نامه ای به اداره خدمات بهداشت و انسانی برای حقوق مدنی آمریکا (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) به نشانی 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201، یا از طریق تماس با شماره 1-877-696-6775، یا مراجعه به وبسایت [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/) شکایت کنید.
- بخاطر شکایت شما، بر علیه تان اقدام تلافی جویانه ای نخواهیم کرد.

برای برخی اطلاعات بهداشتی، شما می توانید گزینه های خود را در مورد آنچه که به اشتراک می گذاریم به ما بگویید. اگر در ارتباط با مواردی که در ذیل درج شده است ترجیح خاصی برای نحوه به اشتراک گذاشتن اطلاعات خود دارید، آنرا با ما در میان بگذارید. به ما بگویید که می خواهید چه کنیم و ما دستورالعملهای شما را دنبال خواهیم کرد.

در موارد ذیل شما از حق و همچنین انتخاب برخوردارید که به ما بگویید:	<ul style="list-style-type: none"> <li>تا اطلاعات شما را با خانواده، دوستان نزدیک، یا با سایر افرادی که در پرداخت مراقبتهای شما شرکت دارند به اشتراک بگذاریم</li> <li>به اشتراک گذاشتن اطلاعات شما در وضعیت امداد رسانی در پی مصیبت</li> <li>تماس با شما برای تلاش در گردآوری اعانه</li> </ul>
--	--

اگر نمی توانید ترجیح خود را به ما بگویید، به عنوان مثال اگر بیهوش هستید، اطلاعات شما را به اشتراک خواهیم گذاشت، البته در صورتی که بر این باور باشیم که این امر به نفع شما است. همچنین ممکن است اطلاعات شما را به هنگام نیاز، جهت کاهش خطری جدی و حتمی به سلامت و امنیت شما، به اشتراک بگذاریم.

در موارد ذیل هیچوقت اطلاعات شما را به اشتراک نمی گذاریم مگر اینکه به ما اجازه کتبی داده باشید:	<ul style="list-style-type: none"> <li>برای اهداف بازاریابی</li> <li>جهت فروش اطلاعات مربوط به شما</li> </ul>
--	---

### سایر کاربری ها و به اشتراک گذاری ها

معمولاً از اطلاعات بهداشتی شما چگونه استفاده می کنیم یا چگونه آنرا به اشتراک می گذاریم؟ ما معمولاً از اطلاعات بهداشتی شما در موارد ذیل استفاده می کنیم یا آنرا به اشتراک می گذاریم.

کمک جهت اداره مراقبت بهداشتی که دریافت می کنید	<ul style="list-style-type: none"> <li>ما می توانیم از اطلاعات بهداشتی شما استفاده کنیم و آنرا با افراد حرفه ای که به درمان شما می پردازند به اشتراک بگذاریم.</li> </ul>	<p><b>به عنوان مثال:</b> پزشکی در مورد تشخیص بیماری و طرح درمان شما به ما اطلاعات ارسال می کند تا ما بتوانیم در این خصوص خدمات اضافی در نظر بگیریم.</p>
اداره سازمان ما	<ul style="list-style-type: none"> <li>ما می توانیم جهت اداره سازمان مان و تماس با شما در صورت لزوم، از اطلاعات شما استفاده نماییم و آنرا به اشتراک بگذاریم.</li> <li>برای تصمیمگیری در مورد اینکه به شما پوشش ارائه خواهیم کرد یا خیر و هزینه پوشش مربوطه، ما اجازه نداریم که از اطلاعات ژنتیکی شما استفاده نماییم. این امر در مورد طرحهای مراقبت طولانی مدت صدق نمی کند.</li> </ul>	<p><b>به عنوان مثال:</b> ما از اطلاعات بهداشتی شما برای ایجاد خدماتی بهتر برای شما استفاده می کنیم.</p>
پرداخت برای خدمات بهداشتی شما	<ul style="list-style-type: none"> <li>در حالیکه برای خدمات بهداشتی شما پرداخت می کنیم، می توانیم از اطلاعات بهداشتی شما استفاده کرده و آنرا به اشتراک بگذاریم.</li> </ul>	<p><b>به عنوان مثال:</b> جهت هماهنگی در پرداخت برای کارهای دندانپزشکی تان، ما اطلاعات شما را با طرح دندانپزشکی تان به اشتراک می گذاریم.</p>
اداره طرح شما	<ul style="list-style-type: none"> <li>جهت اداره طرح، ممکن است اطلاعات بهداشتی شما را با طرح بهداشتی تان به اشتراک بگذاریم.</li> </ul>	<p><b>به عنوان مثال:</b> شرکت شما با ما تماس می گیرد تا یک طرح بهداشتی ارائه دهد، و ما برای توضیح در مورد حق بیمه ای که دریافت می کنیم، برخی آمار به شرکت شما ارائه خواهیم داد.</p>

**به چه طریق دیگری می توانیم اطلاعات بهداشتی شما را به اشتراک بگذاریم؟** ما اجازه داریم یا ملزم هستیم تا اطلاعات شما را به روشهای دیگری به اشتراک بگذاریم - معمولاً به روشهایی که برای بهبود عموم باشند، مانند بهداشت عموم و انجام مطالعات. قبل از اینکه اطلاعات شما را برای این اهداف به اشتراک بگذاریم، باید شرایط بسیاری را در قانون برآورده نماییم. برای کسب اطلاعات بیشتر مراجعه نمایید به: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ما می توانیم اطلاعات بهداشتی شما را در ارتباط با موارد خاصی همچون موارد ذیل به اشتراک بگذاریم: <ul style="list-style-type: none"> <li>• پیشگیری از بیماری</li> <li>• کمک جهت فراخوانی محصولات</li> <li>• گزارش عوارض جانبی نسبت به دارو</li> <li>• گزارش ظنین بودن به بد رفتاری، مسامحه، یا خشونت خانگی</li> <li>• پیشگیری یا کاهش خطر جدی نسبت به سلامت یا ایمنی کسی</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>کمک در ارتباط با بهداشت عموم و مسائل ایمنی</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ما می توانیم از اطلاعات شما برای انجام مطالعات پزشکی استفاده نماییم.</li> </ul>	<p><b>انجام مطالعات</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورتی که قوانین ایالتی یا فدرال ملزم بدانند، همچنین اگر اداره بهداشت و خدمات انسانی (Department of Health and Human Services) آنرا تقاضا کند، ما اطلاعات مربوط به شما را به اشتراک خواهیم گذاشت</li> </ul>	<p><b>پیروی از قانون</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• می توانیم اطلاعات بهداشتی شما را با سازمانهای تهیه اعضاء بدن به اشتراک بگذاریم.</li> <li>• هنگامی که فرد فوت می کند، ما می توانیم اطلاعات بهداشتی شما را با پزشک قانونی، یا مدیر مسؤل دفن به اشتراک بگذاریم.</li> </ul>	<p><b>پاسخگویی به تقاضای اهداء اعضاء و بافتهای بدن و همکاری با پزشک قانونی یا مدیر مسؤل مراسم دفن</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ما می توانیم در موارد ذیل از اطلاعات بهداشتی شما استفاده کنیم یا آنرا به اشتراک بگذاریم: <ul style="list-style-type: none"> <li>• برای مطالبات جبران خسارت کارگران</li> <li>• جهت اجرای قانون یا نزد یک مقام انتظامی</li> <li>• نزد نمایندگی های نظارت بر بهداشت برای اعمالی که از سوی قانون مجاز هستند</li> <li>• برای عملکردهای ویژه دولتی مانند نظامی، امنیت ملی، و خدمات محافظتی وابسته به رئیس جمهور</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>رسیدگی به جبران خسارت کارگران، انتظامات یا پلیس، و سایر درخواستهای دولتی</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در پاسخ به یک دستور دادگاهی یا اداری، یا در پاسخ به احضاریه، اطلاعات بهداشتی شما را به اشتراک خواهیم گذاشت.</li> </ul>	<p><b>پاسخگویی به دعاوی و اقدامات قانونی</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• به دلایلی مانند کمک رسانی، ثبت نام، هماهنگی مراقبت، و مدیریت پرونده، ما اطلاعات شما را با سایر برنامه های مزایای دولتی همچون Covered California به اشتراک خواهیم گذاشت.</li> </ul>	<p><b>برای عملیات کمک رسانی، ثبت نام، هماهنگی مراقبت و مدیریت پرونده</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر شما یا تأمین کننده تان در مورد تصمیم اتخاذ شده از سوی DHCS در مورد مراقبت بهداشتی تان درخواست استیناف نمایید، اطلاعات شما را می توانیم به اشتراک بگذاریم.</li> </ul>	<p><b>درخواست استیناف در مورد تصمیم DHCS</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر برای مزایای Medi-Cal کامل تقاضا ارسال می کنید، ما باید وضعیت مهاجرت شما را نزد اداره خدمات مهاجرت و تابعیت آمریکا (USCIS) چک کنیم.</li> </ul>	<p><b>تقاضای Medi-Cal کامل</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر به یک طرح بهداشتی جدید می پیوندید، به دلایلی مانند هماهنگی مراقبت و حصول اطمینان از اینکه می توانید به موقع خدمات دریافت نمایید، می توانیم اطلاعات شما را با طرح مربوطه به اشتراک بگذاریم.</li> </ul>	<p><b>پیوستن به یک طرح مراقبتهای مدیریت شده</b></p>

ادامه در صفحه بعد

- می توانیم اطلاعات شما را با بیمانکاران و نمایندگان مان که در اداره برنامه های ما به ما کمک می کنند به اشتراک بگذاریم.

### پیروی از قوانین خاص

- قوانین خاصی وجود دارند که از بعضی از اطلاعات بهداشتی محافظت می کنند، مانند خدمات بهداشت روان، درمان برای اختلالات در نتیجه استفاده از مواد مخدر، و آزمایش و درمان ایدز/ آچ ای وی. هنگامی که این قوانین از این اعلامیه سخت گیرتر باشند، از آنها پیروی خواهیم کرد.

ما هیچوقت اطلاعات شخصی شما را برای مقاصد بازاریابی یا برای فروش ارائه نخواهیم کرد.

## مسئولیت های ما

- طبق قانون ما موظف هستیم که محرمانگی و ایمنی اطلاعات بهداشتی حفاظت شده شما را حفظ کنیم.
- در صورت بروز تخلفی که ممکن است محرمانگی یا ایمنی اطلاعات شما را در معرض خطر قرار دهد، ما فوراً شما را مطلع خواهیم کرد.
- ما باید از مسئولیتها و روشهای حفظ حریم خصوصی که در این اعلامیه توضیح داده شده است پیروی کنیم و به شما نسخه ای از آنرا ارائه دهیم.
- ما از اطلاعات مربوط به شما، به غیر از مواردی که در اینجا توضیح داده شده است استفاده نخواهیم کرد یا آنرا به اشتراک نخواهیم گذاشت، مگر اینکه شما کتباً به ما اطلاع دهید که می توانیم اینکار را انجام دهیم. اگر به ما اطلاع دهید که می توانیم اینکار را انجام دهیم، در هر زمان می توانید تغییر عقیده دهید. در صورت تغییر عقیده، مراتب را کتباً به ما اطلاع دهید.

برای کسب اطلاعات بیشتر مراجعه کنید به وبسایت:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

### تغییرات در شرایط مربوط به این اعلامیه

ما می توانیم شرایط این اعلامیه را تغییر دهیم، و این تغییرات در ارتباط با تمامی اطلاعاتی که در خصوص شما داریم اعمال خواهد شد. اعلامیه جدید بر اساس تقاضا در وبسایت ما در دسترس خواهد بود، و ما نسخه ای از آنرا به شما ارسال خواهیم کرد.

تاریخ اجرا: 23 سپتامبر 2013

### این اعلامیه حفظ حریم خصوصی در ارتباط با سازمانهای ذیل اجرا می شود.

- این اعلامیه در ارتباط با تمامی برنامه های DHCS اجرا می شود، منجمله Medi-Cal. برای مشاهده فهرست کاملی از برنامه ها که در حال حاضر توسط DHCS اداره می شود، لطفاً مراجعه کنید به وبسایت ما در [www.dhcs.ca.gov/services](http://www.dhcs.ca.gov/services).

### برای کسب اطلاعات بیشتر

برای تقاضای نسخه ای از این اعلامیه به سایر زبانها یا برای دریافت نسخه ای به فرمت دیگری، مانند چاپ درشت یا بریل با ما تماس بگیرید. DHCS کپی کامل پرونده پزشکی شما را در دست ندارد. اگر می خواهید پرونده پزشکی خود را ببینید، یک کپی از آن تهیه نمایید، یا تغییراتی در آن ایجاد کنید، لطفاً اول با پزشک، دندانپزشک، یا طرح بهداشتی تان تماس بگیرید.



تلفن: (866) 866-0602 گزینه 1، یا (877) 735-2929 TTY/TTD

فکس: (916) 440-7680

ایمیل: [privacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:privacyofficer@dhcs.ca.gov)

مأمور حفظ حریم خصوصی DHCS

P.O. Box 997413 MS 4721  
Sacramento, CA 95899-7413