Advocates
Caring Partners. Creative Solutions. Better Lives.

Thông Báo Về Các Nguyên Tắc Bảo Vệ Quyền Riêng Tư

Thông tin của quý vị.
Quyền của quý vị.
Trách nhiệm của chúng tôi.

Thông báo này giải thích cách thông tin y tế của quý vị được sử dụng và tiết lộ như thế nào và làm sao quý vị có thể truy cập thông tin này. Xin vui lòng xem lại kỹ.

Quyền của quý vị	**Quý vị có quyền:** • Nhận một bản sao của hồ sơ bệnh án bằng giấy hoặc điện tử của quý vị. • Chỉnh sửa hồ sơ bệnh án bằng giấy hoặc điện tử của quý vị. • Yêu cầu giữ kín thông tin đã trao đổi. • Yêu cầu chúng tôi giới hạn thông tin chúng tôi chia sẻ. • Nhận danh sách những người mà chúng tôi đã chia sẻ thông tin của quý vị. • Nhận một bản sao thông báo về quyền riêng tư này. • Chọn ai đó để thay mặt quý vị thực hiện. • Nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cho rằng quyền riêng tư của mình đã bị vi phạm.	➤ ***Xem trang 2 và 3 để biết thêm thông tin về các quyền này và cách thực hiện.***
Lựa chọn của quý vị	**Quý vị có một số lựa chọn về cách chúng tôi sử dụng và chia sẻ thông tin khi chúng tôi:** • Xác định xem chúng tôi có thể nói với gia đình và bạn bè của quý vị về tình trạng của quý vị hay không. • Cung cấp cứu trợ thiên tai. • Chăm sóc sức khỏe tâm thần. • Tiếp thị dịch vụ của chúng tôi và bán thông tin của quý vị. • Gây quỹ.	➤ ***Xem trang 4 để biết thêm thông tin về các lựa chọn này và cách thực hiện.***
Việc Sử dụng và Tiết lộ Thông tin của Chúng tôi	**Chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin của quý vị khi chúng tôi:** • Đối xử với quý vị và điều hành tổ chức của chúng tôi. • Lập hóa đơn cho dịch vụ của quý vị. • Trợ giúp về các vấn đề an toàn và sức khỏe cộng đồng. • Nghiên cứu. • Tuân thủ pháp luật, các vụ kiện và các biện pháp về pháp lý. • Phản hồi các yêu cầu hiến tặng mô và nội tạng. • Làm việc với giám định viên y tế hoặc người điều hành tang lễ. • Giải quyết việc bồi thường cho người lao động, thực thi pháp luật và các yêu cầu khác của chính phủ.	➤***Xem trang 5 để biết thêm thông tin.***

Quyền của quý vị

Khi nói đến thông tin sức khỏe của quý vị, quý vị có một số quyền nhất định.
Phần này giải thích các quyền của quý vị và một số trách nhiệm của chúng tôi khi giúp quý vị.

Từ “chúng tôi” trong Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư đề cập đến những Advocates và các cá nhân sau:

- Bất kỳ chuyên gia chăm sóc sức khỏe nào được ủy quyền nhập thông tin vào hồ sơ của quý vị.
- Bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào là thành viên của nhân viên Advocates.
- Tất cả các thành viên lực lượng lao động của Advocates, bao gồm nhân viên, nhân viên, tình nguyện viên và nhân viên trung tâm y tế khác.

Nhận bản sao điện tử hoặc bản hồ sơ bệnh án của quý vị	• Quý vị có thể yêu cầu xem hoặc nhận bản sao điện tử hoặc bản hồ sơ bệnh án của quý vị và các thông tin sức khỏe khác mà chúng tôi có về quý vị. Hỏi chúng tôi làm thế nào để thực hiện điều này. • Chúng tôi sẽ cung cấp bản sao hoặc bản tóm tắt thông tin sức khỏe của quý vị, thường trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị yêu cầu. Chúng tôi có thể tính phí dựa trên chi phí hợp lý.
Yêu cầu chúng tôi chỉnh sửa hồ sơ bệnh án của quý vị	• Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi chỉnh sửa thông tin sức khỏe về quý vị mà quý vị cho là không chính xác hoặc không đầy đủ. Hãy hỏi chúng tôi cách thực hiện việc này bằng cách liên lạc với chúng tôi bằng cách sử dụng thông tin ở trang 10. • Chúng tôi có thể nói “không” với yêu cầu của quý vị, nhưng chúng tôi sẽ cho quý vị biết lý do tại sao bằng văn bản trong vòng 60 ngày.
Yêu cầu trao đổi thông tin bảo mật	• Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị theo một cách cụ thể (ví dụ: điện thoại nhà riêng hoặc văn phòng) hoặc gửi thư đến một địa chỉ email khác. • Chúng tôi sẽ “đồng ý” với tất cả các yêu cầu hợp lý.
Yêu cầu chúng tôi giới hạn những gì chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ	• Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe nhất định cho việc điều trị, thanh toán hoặc hoạt động của chúng tôi. Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị và chúng tôi có thể nói “không” nếu điều đó ảnh hưởng đến việc chăm sóc cho quý vị. • Nếu quý vị tự dùng tiền túi thanh toán toàn bộ một dịch vụ hoặc sản phẩm chăm sóc sức khỏe, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không chia sẻ thông tin đó cho mục đích thanh toán hoặc hoạt động của chúng tôi với công ty bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Chúng tôi sẽ “đồng ý” trừ khi luật pháp yêu cầu chúng tôi chia sẻ thông tin đó.

Nhận danh sách những người mà chúng tôi đã chia sẻ thông tin	• Quý vị có thể yêu cầu một danh sách (kế toán) những lần chúng tôi đã chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị trong vòng sáu năm trước ngày quý vị yêu cầu, chúng tôi đã chia sẻ thông tin đó với ai và tại sao. • Chúng tôi sẽ bao gồm tất cả các thông tin tiết lộ ngoại trừ những tiết lộ về điều trị, thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe, và một số tiết lộ khác (chẳng hạn như bất kỳ tiết lộ nào quý vị yêu cầu chúng tôi thực hiện). Chúng tôi sẽ cung cấp một dịch vụ kế toán miễn phí mỗi năm nhưng sẽ tính phí hợp lý, dựa trên chi phí nếu quý vị yêu cầu một dịch vụ kế toán khác trong vòng 12 tháng.
Nhận một bản sao thông báo về quyền riêng tư này.	• Quý vị có thể yêu cầu một bản sao của thông báo này bất kỳ lúc nào, ngay cả khi quý vị đã đồng ý nhận thông báo điện tử. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị một bản sao bằng giấy ngay.
Chọn ai đó để thay mặt quý vị thực hiện	• Nếu quý vị đã trao cho ai đó giấy ủy quyền về y tế hoặc nếu ai đó là người giám hộ hợp pháp của quý vị, người đó có thể thực hiện các quyền của quý vị và đưa ra lựa chọn về thông tin sức khỏe của quý vị. • Chúng tôi sẽ đảm bảo rằng người đó có thẩm quyền này và có thể hành động cho quý vị trước khi chúng tôi thực hiện bất kỳ hành động nào.
Nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cảm thấy quyền của mình bị vi phạm	• Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cảm thấy chúng tôi đã vi phạm quyền của quý vị bằng cách liên lạc: **Advocates Chief Compliance Officer** **251 Locke Drive** **Marlborough, MA 01752** Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights bằng cách gửi thư đến 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, gọi 1-877-696-6775, hoặc truy cập **www.hhs.gov/ocr/privacy/privacy/hipaa/complaints/.** • Chúng tôi sẽ không trả đũa quý vị vì đã nộp đơn khiếu nại.

Lựa chọn của quý vị

Đối với một số thông tin sức khỏe nhất định, quý vị có thể cho chúng tôi biết lựa chọn của quý vị về những gì chúng tôi chia sẻ.

Nếu quý vị có tùy chọn rõ ràng về cách chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị trong các tình huống được mô tả dưới đây, xin hãy trao đổi với chúng tôi. Hãy cho chúng tôi biết quý vị muốn chúng tôi làm gì và chúng tôi sẽ làm theo hướng dẫn của quý vị.

Trong những trường hợp này, quý vị có cả quyền và lựa chọn để yêu cầu chúng tôi:	• Chia sẻ thông tin với gia đình, bạn bè thân thiết của quý vị hoặc những người khác có liên quan đến việc chăm sóc quý vị • Chia sẻ thông tin trong tình huống cứu trợ thiên tai. *Nếu quý vị không thể cho chúng tôi biết lựa chọn của mình, ví dụ nếu quý vị bất tỉnh, chúng tôi có thể tiếp tục và chia sẻ thông tin của quý vị nếu chúng tôi tin rằng đó là điều tốt nhất cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể chia sẻ thông tin của quý vị khi cần thiết để giảm bớt mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị.*
Trong những trường hợp này, chúng tôi *không bao giờ* chia sẻ thông tin của quý vị trừ khi quý vị cho phép chúng tôi bằng văn bản:	• Mục đích tiếp thị. • Bán thông tin của quý vị. • Chia sẻ đa số các ghi chú tâm lý trị liệu.
Trong trường hợp gây quỹ:	• Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị vì mục đích gây quỹ, nhưng quý vị có thể báo cho chúng tôi đừng liên lạc lại với quý vị nữa.

Việc Sử dụng và Tiết lộ Thông tin của Chúng tôi

Chúng tôi thường sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị như thế nào?

Chúng tôi thường sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị theo những cách sau.

Điều trị cho quý vị	Chúng tôi có thể sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị và chia sẻ thông tin đó với các chuyên gia khác đang điều trị cho quý vị.	***Ví dụ:*** *Một bác sĩ điều trị chấn thương cho quý vị hỏi một bác sĩ khác về tình trạng sức khỏe tổng thể của quý vị.*
Điều hành tổ chức của chúng tôi	Chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị để điều hành hoạt động thực tiễn của chúng tôi, cải thiện dịch vụ chăm sóc cho quý vị và liên lạc với quý vị khi cần thiết.	***Ví dụ:*** *Chúng tôi sử dụng thông tin sức khỏe về quý vị để quản lý việc điều trị và dịch vụ cho quý vị.*
Lập hóa đơn cho dịch vụ của quý vị.	Chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị để lập hóa đơn và nhận thanh toán từ các chương trình sức khỏe hoặc các tổ chức khác	***Ví dụ:*** *Chúng tôi cung cấp thông tin về quý vị cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị để chương trình này thanh toán cho các dịch vụ của quý vị.* *Chúng tôi có thể tiết lộ bản sao hồ sơ đầy đủ của quý vị, kể cả các ghi chú về tiến độ, để đáp ứng yêu cầu kiểm toán từ công ty bảo hiểm của quý vị*
Liên lạc với quý vị	Chúng tôi có thể sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị để liên lạc với quý vị với thông tin về hướng dẫn điều trị và chăm sóc theo dõi hoặc với thông tin về các dịch vụ chúng tôi cung cấp.	***Ví dụ:*** *Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị về các cuộc hẹn hoặc hủy bỏ, cập nhật ghi danh hoặc bảo hiểm, các vấn đề thanh toán hoặc thanh toán, đánh giá trước thủ tục, khảo sát mức độ hài lòng hoặc kết quả xét nghiệm.*

Chúng tôi còn sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị mục đích khác nào nữa không?

Chúng tôi được phép hoặc buộc phải chia sẻ thông tin của quý vị theo những cách khác - thường là những cách đóng góp cho lợi ích cộng đồng, chẳng hạn như sức khỏe cộng đồng và nghiên cứu. Chúng tôi phải đáp ứng nhiều điều kiện theo luật trước khi có thể chia sẻ thông tin của quý vị vì những mục đích này. Để biết thêm thông tin, xin hãy vào trang web: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html**.

Trợ giúp về các vấn đề an toàn và sức khỏe cộng đồng	Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị trong những trường hợp nhất định như: • Ngăn ngừa bệnh tật. • Giúp thu hồi sản phẩm. • Báo cáo phản ứng có hại với thuốc. • Báo cáo nghi ngờ lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo hành gia đình. • Ngăn ngừa hoặc giảm bớt mối đe dọa nghiêm trọng với sức khỏe hoặc sự an toàn của bất kỳ ai.
Nghiên cứu	Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị cho mục đích nghiên cứu sức khỏe. Trong hầu hết các trường hợp, thông tin về quý vị đã bị vô hiệu hóa trước khi có thể được chia sẻ; nếu không thể, thông tin sẽ chỉ được chia sẻ với sự chấp thuận sau khi được giải thích của quý vị.
Tuân thủ pháp luật	Chúng tôi sẽ chia sẻ thông tin về quý vị nếu luật của tiểu bang hoặc liên bang yêu cầu, bao gồm cả với Department of Health and Human Services nếu Bộ muốn thấy rằng chúng tôi đang tuân thủ luật về quyền riêng tư của liên bang.
Phản hồi các yêu cầu hiến tặng mô và nội tạng	Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin sức khỏe về quý vị với các tổ chức tìm kiếm nội tạng.
Làm việc với giám định viên y tế hoặc người điều hành tang lễ	Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin sức khỏe với viên chức điều tra pháp y, giám định y khoa hoặc người điều hành tang lễ khi một cá nhân qua đời.

Giải quyết việc bồi thường cho người lao động, thực thi pháp luật và các yêu cầu khác của chính phủ	Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe về quý vị: • Cho yêu cầu bồi thường tai nạn lao động. • Vì mục đích thực thi pháp luật hoặc với một viên chức thực thi pháp luật. • Với các cơ quan giám sát sức khỏe đối với các hoạt động được pháp luật cho phép. • Đối với các hoạt động đặc biệt của chính phủ như quân đội, an ninh quốc gia và các dịch vụ bảo vệ tổng thống.
Phản hồi các vụ kiện tụng và các hành động pháp lý	Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin sức khỏe về quý vị theo lệnh của tòa án hoặc lệnh hành chính, hoặc theo trát đòi hầu tòa (trừ khi các tiêu chuẩn nghiêm ngặt hơn của tiểu bang được áp dụng để ngăn chặn những tiết lộ đó).

Chúng tôi thường sẽ yêu cầu quý vị đồng ý bằng văn bản hoặc lệnh của thẩm phán trước khi chúng tôi chia sẻ một số thông tin nhạy cảm về quý vị như:

- Hồ sơ sử dụng rượu và chất gây nghiện. Xin lưu ý rằng luật và quy định của Liên bang bảo vệ tính bảo mật của hồ sơ bệnh nhân sử dụng chất gây nghiện. Xem THÔNG BÁO VỀ CÁC BIỆN PHÁP BẢO VỆ BỔ SUNG CHO HỒ SƠ RỐI LOẠN DO SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN đính kèm với Thông báo này
- Thông tin liên quan đến AIDS, ARC hoặc HIV, bao gồm nhưng không giới hạn ở tình trạng hoặc kết quả xét nghiệm, bất kể kết quả xét nghiệm là dương tính hay âm tính.
- Bệnh Lây Truyền Qua Đường Tình Dục.
- Kết quả xét nghiệm di truyền.
- Chấp thuận phá thai.
- Tư vấn cho nạn nhân về bạo hành gia đình hoặc tấn công tình dục.
- Một số tài liệu tâm lý trị liệu.
- Trao đổi với các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần và nhân viên xã hội.

Trách nhiệm của Chúng tôi

- Luật pháp yêu cầu chúng tôi duy trì sự riêng tư và bảo mật cho thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ngay lập tức nếu có vi phạm xảy ra có thể xâm phạm quyền riêng tư hoặc bảo mật thông tin của quý vị.
- Chúng tôi phải tuân theo các nghĩa vụ và thực hành về quyền riêng tư được mô tả trong thông báo này và cung cấp cho quý vị một bản sao của thông báo.
- Chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị khác với những gì được mô tả ở đây trừ khi quý vị cho chúng tôi biết chúng tôi có thể bằng văn bản. Nếu quý vị cho chúng tôi biết chúng tôi có thể, quý vị có thể thay đổi quyết định của mình bất kỳ lúc nào. Hãy cho chúng tôi biết bằng văn bản nếu quý vị thay đổi ý định.

Để biết thêm thông tin, xin hãy truy cập:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Chúng tôi được thông tin của quý vị trong bao lâu?

Chúng tôi ghi lại thông tin sức khỏe vào giấy, điện tử hoặc hình ảnh và lưu giữ trong 20 năm sau khi xuất viện hoặc lần điều trị cuối cùng. Các hồ sơ khác được lưu giữ theo luật hoặc quy định của tiểu bang và liên bang. Bản sao hướng dẫn lưu giữ hồ sơ y tế của chúng tôi được cung cấp theo yêu cầu.

Những thay đổi đối với Điều khoản của Thông báo này

Chúng tôi có thể thay đổi các điều khoản của thông báo này và những thay đổi đó sẽ áp dụng cho tất cả thông tin chúng tôi có về quý vị. Thông báo mới này sẽ được cung cấp theo yêu cầu, tại văn phòng của chúng tôi và trên trang web của chúng tôi.

Khiếu nại

Nếu quý vị cho rằng quyền riêng tư của mình đã bị vi phạm, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với chúng tôi hoặc với U.S. Department of Health and Human Services (Bộ trưởng Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ). Để nộp đơn khiếu nại với chúng tôi, hãy liên lạc với Chief Complaint Officer (Giám đốc xử lý khiếu nại) của chúng tôi tại 251 Locke Drove, Marlborough, MA 01752 hoặc **CCO@Advocates.org**. Tất cả các khiếu nại phải được gửi bằng văn bản. Quý vị có thể liên lạc với Nhân viên phụ trách Quyền riêng tư của chúng tôi theo số 877 296-5432, họ sẽ hỗ trợ quý vị viết đơn khiếu nại, nếu quý vị yêu cầu. Chúng tôi sẽ không trả đũa quý vị vì đã nộp đơn khiếu nại.

Liên lạc

Nếu quý vị có thắc mắc về Thông báo Thực hành Quyền riêng tư này, vui lòng liên lạc:

Advocates Chief Compliance Officer
Điện thoại: 877-296-5432
E-mail: **CCO@Advocates.org**

Đối với các yêu cầu về hồ sơ y tế, hãy liên lạc:

Records Center
251 Locke Drive
Marlborough, MA 01752
Điện thoại: 508-628-6300
E-mail: **RecordsCenter@Advocates.org**

Thông báo có hiệu lực lần đầu tiên vào ngày 21 tháng 2 năm 2024 và được sửa đổi gần đây nhất vào ngày 16 tháng 2 năm 2026.

THÔNG BÁO VỀ CÁC BIỆN PHÁP BẢO VỆ BỔ SUNG CHO HỒ SƠ RỐI LOẠN DO SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN

Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư HIPAA của chúng tôi ("HIPAA NPP") áp dụng cho tất cả những người sử dụng dịch vụ của chúng tôi. Nếu quý vị được điều trị, chẩn đoán hoặc giới thiệu điều trị tại một trong các Chương Trình Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Gây Nghiện được chỉ định của chúng tôi ("Chương Trình Phần 2"), tính bảo mật của hồ sơ của quý vị trong các chương trình đó ("Hồ Sơ Phần 2") phải được bảo vệ thêm theo luật liên bang và các quy định 42 U.S.C. § 290dd-2, 42 U.S.C. 290ee-3, và 42 C.F.R. Phần 2 ("Phần 2").

THÔNG BÁO NÀY BỔ SUNG CHO HIPAA NPP VÀ MÔ TẢ:

I. HỒ SƠ PHẦN 2 CỦA QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ NHƯ THẾ NÀO,
II. CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ ĐỐI VỚI HỒ SƠ PHẦN 2, VÀ
III. CÁCH NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC VI PHẠM QUYỀN RIÊNG TƯ HOẶC BẢO MẬT HỒ SƠ PHẦN 2 CỦA QUÝ VỊ, HOẶC CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ LIÊN QUAN ĐẾN HỒ SƠ PHẦN 2 CỦA QUÝ VỊ.

QUÝ VỊ CÓ QUYỀN NHẬN BẢN SAO CỦA THÔNG BÁO NÀY (BẰNG GIẤY HOẶC BIỂU MẪU ĐIỆN TỬ) VÀ THẢO LUẬN VỚI GIÁM ĐỐC XỬ LÝ KHIẾU NẠI CỦA VĂN PHÒNG theo số 877-296-5432 HOẶC CCO@Advocates.org NẾU QUÝ VỊ CÓ THẮC MẮC.

I. VIỆC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN

Các Chương trình Phần 2 của chúng tôi chỉ có thể sử dụng và tiết lộ Hồ sơ Phần 2 của quý vị như được mô tả trong phần này hoặc với sự đồng thuận bằng văn bản của quý vị.

(D) Được phép sử dụng và tiết lộ hồ sơ Phần 2 mà không cần có sự đồng thuận

- Để liên lạc với các nhân viên khác trong Chương trình Phần 2, những người có nhu cầu về thông tin liên quan đến nhiệm vụ của họ để cung cấp chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu điều trị hoặc người/văn phòng kiểm soát hành chính trực tiếp đối với Chương trình Phần 2.
- Cho các tổ chức dịch vụ đủ tư cách cung cấp dịch vụ cho chúng tôi hoặc thay mặt chúng tôi.
- Cho các cơ quan chức năng hoặc các quan chức nếu quý vị phạm tội, hoặc hăm dọa sẽ phạm tội trong các cơ sở của chúng tôi hoặc chống lại nhân viên của chúng tôi.
- Để báo cáo hành vi bị nghi ngờ lạm dụng và bỏ bê trẻ em phù hợp với luật pháp tiểu bang.
- Để nhân viên y tế trong trường hợp khẩn cấp về y tế trong một số điều kiện nhất định.
- Cho mục đích nghiên cứu nếu một số điều kiện nhất định được đáp ứng.
- Để nhân viên có trình độ quản lý và kiểm toán tài chính hoặc đánh giá chương trình, những người đồng thuận bằng văn bản để tuân thủ các giới hạn về sử dụng và tiết lộ lại.
- Gửi cho cơ quan y tế công cộng, nếu thông tin đã được bỏ nhận dạng đúng cách.

(D) Cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin cần có sự đồng thuận

- Cho mục đích điều trị, Thanh toán và Hoạt động Chăm sóc Sức khỏe
- Chương trình Phần 2 của chúng tôi sẽ yêu cầu quý vị cung cấp một văn bản đồng thuận cho tất cả các mục đích sử dụng hoặc tiết lộ thông tin của quý vị trong tương lai cho các mục đích điều trị, thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe để đảm bảo quý vị nhận được mức độ chăm sóc phối

hợp cao nhất. Nếu quý vị không ký vào bản đồng thuận này, chúng tôi không thể điều trị cho quý vị. Sự đồng thuận này sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi quý vị thu hồi lại bằng văn bản.

- [Quý vị cũng có thể cung cấp sự đồng thuận cho các mục đích hạn chế hơn (ví dụ: chỉ tiết lộ thông tin cho một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế khác để quý vị điều trị); tuy nhiên, làm như vậy có thể ảnh hưởng đến các dịch vụ mà chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị hoặc cách quý vị thanh toán cho các dịch vụ.]
- Hồ sơ được tiết lộ cho chúng tôi hoặc cho một chương trình Phần 2 khác, tổ chức được bảo hiểm hoặc cộng tác viên kinh doanh theo văn bản đồng thuận của quý vị cho các hoạt động điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe có thể được chúng tôi tiết lộ thêm hoặc chương trình Phần 2, tổ chức được bảo hiểm hoặc cộng tác viên kinh doanh, mà không có sự đồng thuận bằng văn bản của quý vị, trong phạm vi quy định HIPAA cho phép tiết lộ như vậy.
- Chương trình Phần 2 của chúng tôi chỉ có thể sử dụng hoặc tiết lộ hồ sơ để gây quỹ vì lợi ích của Chương trình Phần 2 nếu lần đầu tiên quý vị được cung cấp một cơ hội rõ ràng và dễ thấy để chọn không nhận thông tin gây quỹ.
- Chương trình Phần 2 của chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ những thông tin không được mô tả trong thông báo này chỉ với sự đồng thuận bằng văn bản của quý vị.

(D) Quyền thu hồi hoặc rút lại sự đồng thuận

Quý vị có thể thu hồi hoặc rút lại sự đồng thuận bằng văn bản của mình bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu thu hồi bằng văn bản đến địa chỉ ở cuối HIPAA NPP hoặc gửi yêu cầu bằng văn bản đến Chương trình Phần 2. Chúng tôi sẽ không còn sử dụng hoặc tiết lộ Hồ sơ Phần 2 của quý vị sau thời gian đó, ngoại trừ trường hợp chúng tôi đã thực hiện các bước dựa vào hồ sơ đó.

Nếu quý vị buộc phải điều trị thông qua hệ thống pháp luật hình sự (bao gồm tòa xử về ma túy, quản chế hoặc tạm tha) và quý vị ký một bản đồng thuận cho phép tiết lộ cho các yếu tố của hệ thống pháp luật hình sự như tòa án, cán bộ quản chế, nhân viên tạm tha, công tố viên hoặc cơ quan chức năng khác, quyền thu hồi chấp thuận của quý vị có thể bị hạn chế hơn và cần được giải thích rõ ràng trên bản đồng thuận mà quý vị ký.

(D) Sử dụng hoặc tiết lộ trong tố tụng pháp lý và lệnh của tòa án

Chúng tôi phải tuân theo một số thủ tục nhất định trước khi sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị cho các cuộc điều tra và tố tụng pháp lý.

- Chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị hoặc cung cấp lời khai về thông tin của quý vị trong bất kỳ thủ tục tố tụng dân sự, hành chính, hình sự hoặc lập pháp nào chống lại quý vị mà không có sự đồng thuận bằng văn bản hoặc lệnh của tòa án.
- Chúng tôi sẽ chỉ phản hồi lệnh của tòa án về việc sử dụng hoặc chia sẻ thông tin y tế của quý vị nếu có trát cưỡng chế của tòa hoặc lệnh pháp lý tương tự khác yêu cầu chúng tôi tuân thủ.
- Chúng tôi sẽ chỉ sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị trong các thủ tục tố tụng chống lại quý vị dựa trên lệnh của tòa án sau khi chúng tôi đã nhận được thông báo và cơ hội được lắng nghe hoặc quý vị cho chúng tôi biết rằng quý vị đã nhận được thông báo.
- Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị để phản hồi các thủ tục tố tụng pháp lý chống lại chương trình của chúng tôi dựa trên lệnh của tòa và quý vị có thể không được thông báo trước. Quý vị có quyền tìm cách hủy hoặc thay đổi lệnh của tòa án sau khi tìm hiểu về lệnh đó.

II. Quyền Của Quý Vị Liên Quan Đến Hồ Sơ Phần 2 Của Quý Vị

Là khách hàng trong Chương trình Phần 2 của chúng tôi, quý vị có tất cả các quyền được liệt kê trong HIPAA NPP, bao gồm quyền yêu cầu hạn chế tiết lộ được thực hiện với sự đồng thuận trước cho các mục đích điều trị, thanh toán và hoạt động chăm sóc y tế.

Quý vị cũng có quyền được hạch toán các tiết lộ về Hồ sơ Phần 2 điện tử được thực hiện với sự đồng thuận của quý vị trong 3 năm qua, bao gồm các tiết lộ về hoạt động điều trị, thanh toán và chăm sóc y tế khi các tiết lộ đó được thực hiện thông qua hồ sơ y tế điện tử.

III. Nộp đơn Khiếu nại

Xem HIPAA NPP để biết thêm thông tin về việc nộp đơn khiếu nại.

Ngày có hiệu lực của Thông báo này là ngày 16 tháng 2 năm 2026.

Xác nhận Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư

Khi cách ký tên dưới đây, tôi, (*tên của người được tống đạt*) _____, xác nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao của Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư của (tên tổ chức) _____ hiện đang có hiệu lực. Tôi đã đọc và hiểu các điều khoản của Thông báo này và tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi về việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của mình.

_____

Chữ ký của Người được Phục vụ/Đại diện Cá nhân (nếu có)

_____

Ngày

_____

Tên viết in của người đại diện cá nhân

_____

Mối quan hệ với Người được tống đạt

CHỈ DÙNG CHO VĂN PHÒNG

Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư được đưa cho cá nhân vào (*ngày*) _____ **bởi:**

- ☐ Gặp mặt trực tiếp
- ☐ Gửi thư
- ☐ Email
- ☐ Khác: _____

Không thể nhận sự đồng ý và xác nhận bằng văn bản vì:

- ☐ Người được tống đạt/Người đại diện theo pháp luật từ chối ký tên
- ☐ Xác minh đã nhận qua email
- ☐ Khác: _____

Tên và Chức vụ của Nhân viên: _____

Chữ Ký Của Nhân Viên: _____

Tháng/ngày/năm: _____

****

Mẫu đơn trong hồ sơ