

## गोपनीयता प्रथाओं की सूचना

इस नोटिस कैसे चिकित्सा जानकारी का वर्णन करता है के बारे में आप इस्तेमाल किया और खुलासा हो सकता है और कैसे आप इस जानकारी तक पहुँच प्राप्त कर सकते हैं। कृपया यह ध्यान से समीक्षा करें।

आप के अनुरोध पर यह सूचना एक समाचार पत्र की प्रतिलिपि प्राप्त करने का अधिकार है।

### रोगी स्वास्थ्य जानकारी

संघीय कानून के तहत, आपके रोगी स्वास्थ्य जानकारी सुरक्षित और गोपनीय है। रोगी स्वास्थ्य जानकारी आपके लक्षणों, परीक्षा परिणाम, निदान, उपचार, और संबंधित चिकित्सा जानकारी के बारे में जानकारी शामिल है। अपने स्वास्थ्य की जानकारी भी भुगतान, बिलिंग, और बीमा की जानकारी भी शामिल है।

### कैसे हम अपने रोगी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग करें

हम भुगतान, प्राप्त करने के लिए इलाज के लिए और व्यवस्थापकीय प्रयोजनों और देखभाल की है कि आप प्राप्त की गुणवत्ता का मूल्यांकन सहित स्वास्थ्य देखभाल आपरेशनों, के लिए आप के बारे में स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग करें। कुछ परिस्थितियों में, हम का उपयोग करें या आपकी अनुमति के बिना भी जानकारी का खुलासा करने के लिए आवश्यकता हो सकती।

### उपचार, भुगतान, और स्वास्थ्य देखभाल आपरेशन के उदाहरण

उपचार : हम का उपयोग करें और आप चिकित्सा उपचार या सेवाओं के साथ प्रदान करने के लिए अपने स्वास्थ्य की जानकारी का खुलासा करेंगे। उदाहरण के लिए, नर्सों, चिकित्सकों, और अपने उपचार टीम के अन्य सदस्यों की जानकारी अपने रिकॉर्ड में रिकॉर्ड और यह देखभाल का सबसे उचित पाठ्यक्रम को

स्वास्थ्य देखभाल आपरेशन : हम का उपयोग करें और अपने स्वास्थ्य की देखभाल और यह की तरह अपने मामले और दूसरों के परिणामों का आकलन करने के लिए और हमारे मानक आंतरिक संचालन, रिकॉर्ड, उपचार, की गुणवत्ता के मूल्यांकन के उचित प्रशासन सहित संचालन करने के लिए जानकारी का खुलासा करेंगे।

### विशेष का उपयोग करता है

हम आपकी जानकारी का उपयोग कर आप अपॉइंटमेंट अनुस्मारक के साथ संपर्क कर सकते हैं। हम भी उपचार विकल्पों के बारे में जानकारी या अन्य स्वास्थ्य संबंधी लाभ और सेवाओं है कि ब्याज की आप के लिए हो सकता है प्रदान करने के लिए आप संपर्क कर सकते हैं।

### अन्य का उपयोग करता है और खुलासे

हम का उपयोग करें या अन्य कारणों के लिए, आपकी सहमति के बिना भी आप के बारे में पहचानी जा सकने वाली स्वास्थ्य की जानकारी का खुलासा हो सकता है। कुछ आवश्यकताओं के अधीन, हम निम्नलिखित प्रयोजनों के लिए आपकी अनुमति के बिना स्वास्थ्य जानकारी देने के लिए अनुमत हैं:

- विधि द्वारा की आवश्यकता: हम रिपोर्ट गोली के घाव, संदेह दुरुपयोग या उपेक्षा, या इसी तरह चोटों और घटनाओं को कानून द्वारा आवश्यक हो

निर्धारित करने के लिए उपयोग होगा। हम भी, फार्मासिस्ट जो अपने नुस्खे भर रहे हैं, और परिवार के सदस्यों को जो अपनी देखभाल के साथ मदद कर रहे हैं जो आपके उपचार में भाग ले रहे हैं अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के लिए जानकारी का खुलासा हो सकता है।

**भुगतान:** हम का उपयोग करें और भुगतान के प्रयोजनों के लिए अपने स्वास्थ्य की जानकारी का खुलासा करेंगे। उदाहरण के लिए, हम उपचार के कुछ प्रकार प्रदान करने से पहले अपनी बीमा कंपनी से प्राधिकरण प्राप्त करने के लिए की आवश्यकता हो सकती। हम बिल जमा करें और आपका स्वास्थ्य योजना से भुगतानों का रिकॉर्ड बनाए रखना होगा।

सकता है।

- **जन स्वास्थ्य गतिविधियाँ:** कानून द्वारा अपेक्षित के रूप में, हम महत्वपूर्ण सांख्यिकी, रोगों, संबंधित करने के लिए याद करते हैं खतरनाक उत्पादों की जानकारी, और सार्वजनिक स्वास्थ्य अधिकारियों के लिए इसी तरह की जानकारी का खुलासा हो सकता है।
- **स्वास्थ्य निरीक्षण:** हम सहायता करने के लिए जांच और ऑडिट, सरकारी कार्यक्रमों, और इसी तरह की गतिविधियों के लिए पात्रता में जानकारी का खुलासा करने के लिए आवश्यक हो सकता है।
- **न्यायिक और प्रशासनिक कार्यवाही:** हम एक उचित आकारक या अदालत के आदेश के जवाब में जानकारी का खुलासा हो सकता है।

*रिवर्स पर जारी)*

- **कानून प्रवर्तन प्रयोजनों के:** कुछ प्रतिबंधों के अधीन, हम कानून प्रवर्तन अधिकारियों द्वारा आवश्यक जानकारी का खुलासा हो सकता है।
- **मृत्यु:** हम coroners, चिकित्सा परीक्षकों, क्रिया कर्म निदेशकों और अंग दान एजेंसियों के लिए होने वाली मौतों के बारे में जानकारी रिपोर्ट हो सकता है।
- **स्वास्थ्य या सुरक्षा के लिए गंभीर खतरा:** हम का उपयोग करें और जब आपके स्वास्थ्य और सुरक्षा या स्वास्थ्य और सुरक्षा जनता या किसी अन्य के लिए एक गंभीर खतरे को रोकने के लिए आवश्यक जानकारी का खुलासा हो सकता है व्यक्ति।
- **सैन्य और विशेष सरकारी कार्य :** यदि आप सशस्त्र बलों के एक सदस्य हैं, हम सैन्य कमान अधिकारियों द्वारा आवश्यक के रूप में जानकारी जारी कर सकते हैं। हम भी सुधारक संस्थाओं या राष्ट्रीय सुरक्षा उद्देश्यों के लिए जानकारी का खुलासा हो सकता है।

स्वास्थ्य जानकारी। प्रतियां के लिए एक छोटे शुल्क हो सकती है।

**जानकारी में संशोधन :** यदि आप विश्वास है कि आपका रिकॉर्ड में जानकारी गलत है, या महत्वपूर्ण जानकारी अनुपलब्ध है, तो आप कि हम मौजूदा जानकारी को ठीक करने या अनुपलब्ध जानकारी जोड़ने के लिए अनुरोध करने का अधिकार है।

**खुलासे का लेखा :** आप इंस्टैंसेस जहाँ हम खुलासा स्वास्थ्य उपचार, भुगतान, या स्वास्थ्य देखभाल ऑपरेशन के अलावा अन्य कारणों के लिए आप के बारे में जानकारी की एक सूची अनुरोध कर सकते हैं।

#### **हमारे कानूनी कर्तव्य**

हम यह हमारे कानूनी कर्तव्यों और संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी के संबंध में गोपनीयता प्रथाओं के बारे में सूचना प्रदान करने के लिए, और वर्तमान में प्रभाव में नोटिस की शर्तों का पालन करने के लिए रक्षा के लिए और अपने स्वास्थ्य जानकारी की गोपनीयता बनाए

- **शोध:** हम का उपयोग करें या अनुमोदित चिकित्सा अनुसंधान के लिए जानकारी का खुलासा हो सकता है।
- **कार्यकर्ताओं मुआवजा:** हम कार्यकर्ताओं मुआवजा या समान कार्य-संबंधित चोट लगने या बीमारी के लिए लाभ उपलब्ध कराने के कार्यक्रमों के लिए आप के बारे में जानकारी जारी कर सकते हैं।

किसी भी अन्य स्थिति में, हम का उपयोग कर या कोई पहचाने जाने योग्य स्वास्थ्य जानकारी आप के बारे में बताने से पहले अपने प्रश्न के लिखित प्राधिकरण के लिए पूछना होगा। आप जानकारी का खुलासा करने के लिए एक प्राधिकरण हस्ताक्षर करने के लिए चुनते हैं, तो आप बाद में किसी भी भविष्य के उपयोग और प्रकटीकरण को रोकने के लिए उस प्राधिकरण रद्द कर सकते हैं।

#### **व्यक्तिगत अधिकार**

आप अपने स्वास्थ्य की जानकारी के संबंध में निम्न अधिकार है। कृपया ये अधिकार कसरत के लिए उपयुक्त प्रपत्र प्राप्त करने के लिए नीचे सूचीबद्ध व्यक्ति से संपर्क करें।

**प्रतिबंध का अनुरोध :** आप हो सकता है अनुरो टी कुछ का उपयोग करता है और अपने स्वास्थ्य की जानकारी के प्रकटीकरण पर प्रतिबंध। हम ऐसे प्रतिबंध करने के लिए सहमत करने के लिए आवश्यक नहीं हैं, लेकिन हम सहमत हैं, तो हम उन प्रतिबंधों का पालन करना होगा।

**गोपनीय संचार :** हमें गोपनीय रूप से, आप के साथ संवाद करने के लिए उदाहरण के लिए, एक विशेष पता करने के लिए नोटिस भेजने या पोस्टकार्ड आप नियुक्तियों की याद दिलाने के लिए नहीं का उपयोग कर आपसे कहा जा सकता।

**निरीक्षण और प्रतियां प्राप्त करें :** अधिकांश मामलों में, आप देखने या की एक प्रतिलिपि प्राप्त करने का अधिकार है अपने

रखने के लिए कानून द्वारा आवश्यक हैं।

#### **गोपनीयता प्रथाओं में परिवर्तन**

हम हमारी नीतियों में किसी भी समय बदल सकते हैं। हम हमारी नीतियों में एक महत्वपूर्ण परिवर्तन करने से पहले, हम हमारे सूचना के परिवर्तित और इंतज़ार कर क्षेत्र और प्रत्येक परीक्षा कक्ष में नई सूचना पोस्ट करेंगे। आप किसी भी समय हमारे नोटिस की एक प्रति अनुरोध भी कर सकते हैं। हमारे गोपनीयता अभ्यासों के बारे में अधिक जानकारी के लिए, नीचे सूचीबद्ध व्यक्ति से संपर्क करें।

#### **शिकायतें**

यदि आप चिंतित है कि हम अपने गोपनीयता अधिकारों का उल्लंघन किया है, या आप एक निर्णय के साथ असहमत हैं, तो हम अपने रिकॉर्डों के बारे में किए गए हैं, आप नीचे सूचीबद्ध व्यक्ति संपर्क कर सकते हैं। आप भी अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग के लिए एक प्रश्न के लिखित शिकायत भेज सकते हैं। नीचे सूचीबद्ध व्यक्ति आप अनुरोध पर उपयुक्त पते के साथ प्रदान करेगा। तुम एक शिकायत दाखिल करने के लिए किसी भी तरह नहीं सज़ा हो जाएगा।

#### **व्यक्ति से संपर्क करें**

यदि आप कोई प्रश्न, अनुरोध, या शिकायत है, तो कृपया संपर्क करें:

नाम: मिस्टी केली  
शीर्षक: व्यवस्थापक  
पता: 3215 मंदिर Rd, Ste 8  
ब्राउनशिवक जॉर्जिया 31520  
फोन नंबर: 912-264-9029

**प्रभावी दिनांक:** इस नोटिस की प्रभावी तिथि 04/14/2003 \_\_\_\_\_ है।

**प्राप्ति की रसीद के**  
**गोपनीयता सूचना और रोगी के अधिकार**

मुझे सूचना की गोपनीयता प्रथाओं के प्रीमियर सर्जरी सेंटर में बताया गया है।

मैं भाषा में समझ में जानकारी मिली और के बारे में सवाल पूछने का मौका दिया गया है:  
अग्रिम निर्देशों

एक रोगी के रूप में अपने अधिकार

ए एस सी में अपने चिकित्सक के स्वामित्व

मैं ए एस सी करने के लिए मेरी अग्रिम निर्देशों की एक प्रति प्रदान की गई है  \* हाँ  \*  
नहीं

मैं अनुरोध किया है और अग्रिम निर्देशों  \* के बारे में जानकारी  \* हाँ नहीं मिला

रोगी हस्ताक्षर: \_\_\_ तिथि: \_\_\_

जिम्मेदार पार्टी हस्ताक्षर: रोगी के लिए \_\_\_ संबंध; \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

**नैदानिक जानकारी रिलीज करने के लिए प्राधिकरण**

करने के लिए: Name \_\_\_\_\_

व्यक्ति जन्म तिथि: \_\_\_

रोगी से संबंध: \_\_\_

Phone# \_\_\_\_\_