

THÔNG BÁO VỀ THỰC TIỄN BẢO MẬT

Thông báo này mô tả thông tin y tế như thế nào về bạn có thể được sử dụng và tiết lộ và làm thế nào bạn có thể nhận được quyền truy cập vào thông tin này. Hãy xem xét nó một cách cẩn thận.

Bạn có quyền để có được một bản sao của thông báo này theo yêu cầu.

Thông tin sức khỏe bệnh nhân

Theo luật liên bang, thông tin bệnh nhân sức khỏe của bạn là bảo vệ và bảo mật. Thông tin bệnh nhân y tế bao gồm các thông tin về triệu chứng, kết quả xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị và thông tin y tế liên quan. Thông tin sức khỏe của bạn cũng bao gồm các thông tin thanh toán, thanh toán và bảo hiểm.

Làm thế nào chúng tôi sử dụng thông tin bệnh nhân sức khỏe của bạn

Chúng tôi sử dụng thông tin y tế về bạn cho điều trị, để có được thanh toán, và cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe, bao gồm mục đích hành chính và đánh giá chất lượng chăm sóc mà bạn nhận được. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể được yêu cầu sử dụng hoặc tiết lộ thông tin ngay cả khi mà không có sự cho phép của bạn.

Ví dụ về điều trị, thanh toán, và các hoạt động chăm sóc sức khỏe

Điều trị: , Chúng tôi sẽ sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của bạn cung cấp cho bạn với điều trị y tế hoặc dịch vụ. Ví dụ, y tá, bác sĩ và các thành viên khác trong nhóm điều trị của bạn sẽ ghi lại thông tin trong hồ sơ của bạn và sử dụng nó để xác định các khóa học thích hợp nhất về chăm sóc. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin cho các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe, những người đang tham gia điều trị, dược sĩ làm đầy thuốc theo toa của bạn, và thành viên gia đình những người đang giúp đỡ với việc chăm sóc của bạn.

Thanh toán: Chúng tôi sẽ sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của bạn cho các mục đích thanh toán. Ví dụ, chúng tôi có thể cần để có được ủy quyền từ công ty bảo hiểm của bạn trước khi cung cấp một số loại điều trị. Chúng tôi sẽ gửi hóa đơn và duy trì các hồ sơ thanh toán từ kế hoạch sức khỏe của bạn.

Hoạt động chăm sóc sức khỏe: , Chúng tôi sẽ sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của bạn để tiến hành các hoạt động của nội bộ tiêu chuẩn, bao gồm cả quản lý thích hợp của hồ sơ, đánh giá chất lượng điều trị, và để đánh giá chăm sóc và kết quả của trường hợp của bạn và những người khác như nó.

Công dụng đặc biệt

Chúng tôi có thể sử dụng thông tin của bạn để liên lạc với bạn với lời nhắc cuộc hẹn. Chúng tôi cũng có thể liên lạc với bạn để cung cấp thông tin về các lựa chọn thay thế điều trị hoặc các lợi ích liên quan đến sức khỏe và dịch vụ có thể bạn quan tâm.

Khác sử dụng và tiết lộ

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin nhận dạng y tế về bạn cho các lý do khác, thậm chí không có sự đồng ý của bạn. Tùy thuộc vào yêu cầu nhất định, chúng tôi được phép cung cấp thông tin y tế mà không có sự cho phép của bạn cho các mục đích sau đây:

- **Theo yêu cầu của pháp luật:** Chúng tôi có thể được luật pháp yêu cầu báo cáo bản vết thương, nghi ngờ ngược đãi hoặc bỏ bê, hoặc tương tự như chấn thương và các sự kiện.
- **Các hoạt động y tế công cộng:** Theo yêu cầu của pháp luật, chúng tôi có thể tiết lộ các thông tin kê quan trọng, bệnh, thông tin liên quan đến thu hồi sản phẩm nguy hiểm và các thông tin tương tự cho các cơ quan y tế công cộng.
- **Giám sát y tế:** Chúng tôi có thể được yêu cầu tiết lộ các thông tin để hỗ trợ trong điều tra và kiểm toán, các điều kiện cho chương trình chính phủ, và các hoạt động tương tự.
- **Tư pháp và thủ tục tố tụng hành chính:** Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin để đáp ứng

	<p>với một thích hợp trát tòa hoặc lệnh của tòa án.</p> <p><i>(tiếp tục trên đảo ngược)</i></p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Luật và mục đích thực thi: Tùy thuộc vào hạn chế nhất định, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin theo yêu cầu của cán bộ thực thi pháp luật. • Người chết: Chúng tôi có thể báo cáo các thông tin liên quan đến cái chết để coroners, giám định y khoa, giám đốc tang lễ và các cơ quan hiến tạng. • Mối đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc an toàn: Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin khi cần thiết để ngăn chặn một mối đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe của bạn và an toàn hoặc sức khỏe và sự an toàn của khu vực này hay cách khác người. • Chính phủ quân sự và đặc biệt chức năng : Nếu bạn là một thành viên của lực lượng vũ trang, chúng tôi có thể phát hành các thông tin theo yêu cầu của cơ quan chỉ huy quân sự. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin cho các tổ chức cải huấn hoặc cho các mục đích an ninh quốc gia. • Nghiên cứu: Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin cho nghiên cứu y học đã được phê duyệt. • Bồi thường người lao động: Chúng tôi có thể phát hành thông tin về bạn cho bồi thường lao động hay tương tự như chương trình cung cấp lợi ích cho công việc liên quan đến chấn thương hay bệnh tật. <p>Trong bất kỳ tình huống nào khác, chúng tôi sẽ yêu cầu ủy quyền văn của bạn trước khi sử dụng hoặc tiết lộ bất kỳ thông tin nhận dạng y tế về bạn. Nếu bạn chọn để đăng một ủy quyền tiết lộ thông tin, sau đó bạn có thể thu hồi đó ủy quyền để ngăn chặn bất kỳ sử dụng trong tương lai và tiết lộ.</p> <p>Quyền cá nhân</p> <p>Bạn có các quyền sau đây đối với thông tin sức khỏe của bạn. Xin vui lòng liên hệ với những người được liệt kê dưới đây để có được hình thức phù hợp để thực hiện những quyền lợi này.</p> <p><u>Yêu cầu hạn chế :</u> Bạn có thể request hạn chế nhất định sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe</p>	<p>thông tin y tế. Có thể có một khoản phí nhỏ cho các bản sao.</p> <p><u>Sửa đổi thông tin :</u> Nếu bạn tin rằng thông tin trong hồ sơ của bạn là không chính xác, hoặc nếu thông tin quan trọng là mất tích, bạn có quyền yêu cầu chúng tôi sửa các thông tin hiện tại hoặc thêm thông tin còn thiếu.</p> <p><u>Kế toán của tiết lộ :</u> Bạn có thể yêu cầu một danh sách các trường hợp mà chúng tôi đã tiết lộ thông tin y tế về bạn cho các lý do khác hơn so với điều trị, thanh toán, hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe.</p> <p>Trách nhiệm pháp lý của chúng tôi</p> <p>Chúng tôi được yêu cầu của pháp luật để bảo vệ và duy trì sự riêng tư của thông tin sức khỏe của bạn, để cung cấp này thông báo về nghĩa vụ pháp lý và thực tiễn bảo mật liên quan đến thông tin được bảo vệ sức khỏe của chúng tôi, và để tuân theo các điều khoản của thông báo hiện tại có hiệu lực.</p> <p>Những thay đổi trong thực tiễn bảo mật</p> <p>Chúng tôi có thể thay đổi chính sách của chúng tôi bất kỳ lúc nào. Trước khi chúng tôi thực hiện một thay đổi đáng kể trong các chính sách của chúng tôi, chúng tôi sẽ thay đổi của chúng tôi thông báo và đăng thông báo mới trong khu vực chờ và mỗi phòng thi. Bạn cũng có thể yêu cầu một bản sao của thông báo của chúng tôi bất kỳ lúc nào. Để biết thêm chi tiết về thực tiễn bảo mật của chúng tôi, hãy liên hệ với người được liệt kê dưới đây.</p> <p>Khiếu nại</p> <p>Nếu bạn đang quan tâm rằng chúng tôi đã vi phạm quyền riêng tư của bạn, hoặc nếu bạn không đồng ý với quyết định chúng tôi làm về hồ sơ của bạn, bạn có thể liên hệ với người được liệt kê dưới đây. Bạn cũng có thể gửi khiếu nại bằng văn bản để các Hoa Kỳ vùng của y tế và dịch vụ. Những người được liệt kê dưới đây sẽ cung cấp cho bạn các địa chỉ phù hợp theo yêu cầu. Bạn sẽ không bị phạt trong bất kỳ cách nào để nộp đơn khiếu nại.</p>
---	--

của bạn. Chúng tôi không cần phải đồng ý với những hạn chế, nhưng nếu chúng tôi đồng ý, chúng ta phải tuân thủ những hạn chế.

Bí mật thông tin liên lạc : Bạn có thể yêu cầu chúng tôi để giao tiếp với bạn bảo mật bằng, ví dụ, gửi thông báo đến một địa chỉ đặc biệt hoặc không sử dụng bưu thiếp để nhắc nhở bạn về các cuộc hẹn.

Kiểm tra và có được bản sao : Trong hầu hết trường hợp, quý vị có quyền xem hoặc nhận được một bản sao của bạn

Người liên hệ

Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi, yêu cầu, hoặc khiếu nại, xin vui lòng liên hệ:

Tên: Misty Kelly
Tiêu đề: quản trị viên
Địa chỉ: 3215 Miếu thờ Rd, Ste 8
Brunswick Georgia 31520
Số điện thoại: 912-264-9029

Ngày hiệu lực: Ngày có hiệu lực của thông báo này là 14-04-2003.

SỰ THỪA NHẬN CỦA BIÊN NHÂN
THÔNG BÁO BẢO MẬT VÀ BỆNH NHÂN QUYỀN

Tôi đã được thông báo thông báo thực hành bảo mật tại Premier phẫu thuật Trung tâm.

Tôi đã nhận được thông tin bằng ngôn ngữ tôi hiểu và được trao cơ hội để đặt câu hỏi về:

Advance Directives

Quyền của tôi như là một bệnh nhân

Quyền sở hữu của bác sĩ của tôi trong ASC

Tôi đã cung cấp một bản sao của chỉ thị tạm ứng của tôi để ASC có không

Tôi đã yêu cầu và nhận được thông tin về Advance Directives có không

Chữ ký bệnh nhân: ____ ngày: ____

Chữ ký Đấng chịu trách nhiệm: ____ mối quan hệ cho bệnh nhân; _____

Witness: _____ Date: _____ Time: _____

ỦY QUYỀN ĐỂ PHÁT HÀNH THÔNG TIN LÂM SÀNG

Với: Name _____

Người ngày tháng năm sinh: ____

Mối quan hệ với bệnh nhân: ____

Phone# _____