

หนังสือแจ้งนโยบายความเป็นส่วนตัวเป็นส่วนตัวของ DSHS สำหรับข้อมูลทางการแพทย์ของผู้รับบริการ DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information มีผลวันที่ 23 กันยายน 2013

DSHS จะแจ้งให้คุณทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ความเป็นส่วนตัวของคุณภายใต้ Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA) (45 CFR 164.520) DSHS คือ "หน่วยงานแบบไฮบริด" DSHS บางส่วนเท่านั้นที่อยู่ภายใต้ HIPAA เฉพาะแผนงานที่ระบุเป็น [ส่วนประกอบบริการดูแลด้านสุขภาพในเว็บไซด์ \(Health Care Components\) DSHS](#) เท่านั้นที่อยู่ภายใต้ HIPAA หนังสือแจ้งนี้มีผลกับผู้รับบริการภายใต้แผนงานเหล่านี้เท่านั้น หนังสือแจ้งนี้ไม่มีผลต่อเกณฑ์คุณสมบัติของคุณในการรับบริการจาก DSHS

หนังสือแจ้งนี้ระบุเกี่ยวกับการใช้และเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ของคุณ และการแจ้งขอสืบค้นข้อมูลเหล่านี้โดยตัวคุณเอง กรุณาอ่านรายละเอียดให้เข้าใจอย่างครบถ้วน

PHI คืออะไร

ข้อมูลทางการแพทย์ที่ได้รับความคุ้มครอง (PHI) คือข้อมูลทางการแพทย์ของผู้รับบริการที่ถือครองโดยหน่วยงานของ DSHS ภายใต้ HIPAA PHI คือข้อมูลทางการแพทย์ที่เชื่อมโยงกับคุณเกี่ยวกับสถานะด้านสุขภาพหรือสภาพโดยทั่วไป บริการด้านสุขภาพที่คุณได้รับ หรือการจ่ายเงินค่าดูแลสุขภาพของคุณ DSHS จะต้องปกป้อง PHI ของคุณภายใต้เงื่อนไขทางกฎหมาย

PHI ใดที่ DSHS มีเกี่ยวกับตัวฉัน

เพื่อให้เราสามารถให้บริการแก่คุณ คุณอาจต้องแจ้งข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพของคุณ รวมทั้งที่อยู่ ข้อมูลด้านการเงินหรือประวัติทางการแพทย์ต่าง ๆ นอกจากนี้เรายังอาจขอรับ PHI เกี่ยวกับตัวคุณจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็นเพื่อให้บริการหรือจ่ายค่าบริการให้แก่คุณ

ใครบ้างที่สามารถดู PHI ของฉัน

เราสามารถทราบ PHI เพียงบางส่วนตามที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงานเท่านั้น เราอาจมีการเปิดเผย PHI กับแผนงานหรือบุคคลอื่นหากสามารถดำเนินการได้ภายใต้เงื่อนไขทางกฎหมาย หรือหากคุณให้อนุญาตไว้ เช่น อาจมีการเปิดเผย PHI ของคุณและใช้งานโดยหน่วยงานดูแลด้านสุขภาพ หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ เพื่อประสานงานและชำระเงินค่าบริการด้านสุขภาพของคุณ เราอาจมีการเปิดเผย PHI ในอดีต ปัจจุบันหรือในอนาคต

PHI ใดบ้างที่ DSHS มีการเปิดเผย

เราจะเปิดเผย PHI ของคุณเฉพาะในส่วนที่ผู้รับจำเป็นต้องใช้เพื่อดำเนินงานและอยู่ภายใต้เงื่อนไขทางกฎหมาย คุณสามารถแจ้งขอรายชื่อบุคคลที่ได้รับ PHI ของคุณภายใต้วัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้อง

DSHS จะเปิดเผย PHI เมื่อใด

เราอาจมีการเปิดเผย PHI "ตามที่จำเป็น" เพื่อประสานงานเกี่ยวกับบริการและการรักษา การชำระเงินและการดูแลด้านสุขภาพ เช่น อาจมีการเปิดเผยข้อมูลหากต้องวินิจฉัยว่า:

- ต้องมีการจัดการรักษาทางการแพทย์หรือไม่
- เราสามารถชำระค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ
- คุณมีคุณสมบัติตามโครงการจาก DSHS
- บริการที่คุณได้รับจากผู้ให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานทางกฎหมาย

ฉันสามารถเรียกคืน PHI ของฉันได้หรือไม่

คุณสามารถเรียกคืน PHI ของตนเองได้ หากมีการแจ้งขอ คุณจะได้รับสำเนา PHI ของคุณ DSHS อาจคิดค่าบริการในการจัดทำสำเนาข้อมูล

ฉันสามารถแก้ไข PHI ของฉันได้หรือไม่

หากคุณคิดว่า PHI ของคุณไม่ถูกต้อง สามารถแจ้งเราให้ทำการแก้ไขหรือเพิ่มเติม PHI ใหม่ นอกจากนี้ยังสามารถแจ้งให้เราแจ้งการเปลี่ยนแปลงใด ๆ กับบุคคลอื่นที่ได้รับสำเนา PHI ของคุณ

จะทําอย่างไรหากมีคนอื่นต้องการ PHI ของฉัน

คุณจะได้รับแจ้งให้ลงนามแบบฟอร์มความยินยอมให้เราเปิดเผย PHI ของคุณหาก:

- เราต้องขออนุญาตจากคุณเพื่อจัดหาบริการหรือการดูแลใด ๆ
- คุณต้องการให้เราส่ง PHI ของคุณให้แก่หน่วยงานหรือผู้ให้บริการอื่นด้วยสาเหตุที่ไม่อยู่ภายใต้เงื่อนไขทางกฎหมาย ซึ่งจะต้องขอความยินยอมจากคุณ
- คุณต้องการให้ส่ง PHI ให้แก่บุคคลอื่น เช่น ทนาย หรือญาติหรือตัวแทนอื่น ๆ ของคุณ

การให้ความยินยอมในการเปิดเผย PHI ของคุณจะมีผลจนถึงวันที่สิ้นสุดที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์ม เราสามารถเปิดเผยเฉพาะ PHI ที่คุณระบุเท่านั้น คุณสามารถยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงความยินยอมนี้โดยส่งหนังสือแจ้งให้แก่ DSHS

หนังสือแจ้งนโยบายความเป็นส่วนตัวเป็นส่วนตัวของ DSHS สำหรับข้อมูลทางการแพทย์ของผู้รับบริการ
มีผลวันที่ 23 กันยายน 2013

DSHS สามารถเปิดเผย PHI ของฉันโดยไม่ได้ได้รับความยินยอมจากฉันหรือไม่

DSHS สามารถเปิดเผยข้อมูล PHI ได้โดยไม่ต้องขออนุญาตจากคุณในบางกรณี ตามกฎหมายทางหน่วยงานอาจต้องหรือสามารถเปิดเผย PHI ของคุณได้ในบางกรณี เช่น ในกรณีที่ต้อง:

- แจ้งเหตุการณ์การใช้ความรุนแรงกับเด็กหรือผู้ใหญ่ หรือกรณีการละเลยในการคุ้มครองเด็กหรือในการแจ้งเหตุกับตำรวจหรือหน่วยงานอื่น ๆ
- จัดหาข้อมูลภายใต้คำสั่งศาล
- แจ้ง PHI ให้แก่หน่วยงานอื่นเพื่อประเมินการทำงานของ DSHS
- เปิดเผย PHI กับหน่วยงานที่ให้อนุญาตหรือตรวจสอบส่วนปฏิบัติการด้านการแพทย์ เช่น บ้านพักดูแลหรือสถานพยาบาล
- เปิดเผย PHI กับผู้ให้บริการหรือหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้การดูแลคุณหรือพิจารณาว่าคุณผ่านเกณฑ์คุณสมบัติในการรับบริการหรือสิทธิประโยชน์หรือไม่ตามความเหมาะสม
- แจ้ง PHI กับผู้พิทักษ์หรือพ่อแม่ผู้ปกครองของผู้เยาว์
- ใช้ PHI เพื่อการวิจัย
- ใช้หรือเปิดเผย PHI ในกรณีฉุกเฉินหรือเพื่อบรรเทาทุกสถานการณ์ฉุกเฉิน

ฉันสามารถกำหนดข้อจำกัดในการเปิดเผย PHI ของตนเองและแนวทางในการสืบค้นหรือไม่

คุณสามารถแจ้งให้เราจำกัดการใช้และเปิดเผย PHI ของคุณได้แต่ไม่ถือเป็นข้อผูกมัดแต่อย่างใด คุณสามารถแจ้งให้เราส่ง PHI ของคุณให้แก่คุณในรูปแบบอื่นหรือในสถานที่อื่น

อะไรถือเป็นการละเมิด

การละเมิดคือการใช้หรือเปิดเผย PHI ของคุณที่ไม่ได้รับอนุญาตภายใต้ HIPAA รวมทั้งการสูญหายเนื่องจากการโจรกรรม ความผิดพลาดหรือการแฮ็คข้อมูล เราจะแจ้งให้คุณทราบทางเมลหากมีการละเมิด PHI ของคุณภายใต้ HIPAA

ฉันสามารถรับสำเนาหนังสือแจ้งนี้ได้หรือไม่

ได้ คุณสามารถจัดเก็บหนังสือแจ้งฉบับนี้ หากคุณได้รับแจ้งผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ คุณสามารถขอเอกสารจัดพิมพ์จากเราเพื่อให้เราจัดส่งให้แก่คุณ

จะอย่างไรหากนโยบายความเป็นส่วนตัวสำหรับ PHI มีการเปลี่ยนแปลง

เราต้องปฏิบัติตามหนังสือแจ้งฉบับนี้เป็นสำคัญ เรามีสิทธิ์เปลี่ยนแปลงหนังสือแจ้งฉบับนี้ได้ หากกฎหมายหรือนโยบายความเป็นส่วนตัวของเรามีการเปลี่ยนแปลง หน่วยงานจะแจ้งข้อมูลให้คุณทราบเกี่ยวกับประกาศฉบับใหม่ ช่องทางการตรวจสอบหรือจัดส่งข้อมูลเหล่านี้ให้แก่คุณ

จะติดต่อกับใครหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับหนังสือแจ้งนี้หรือสิทธิ์ใน PHI ของฉัน

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับหนังสือแจ้งนี้ สามารถติดต่อ DSHS Privacy Officer ได้ที่ DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov หรือผ่านหมายเลข (360) 902-8278

จะแจ้งกรณีละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัว
ส่วนตัว PHI ของฉันได้อย่างไร

หากคุณเชื่อว่าคุณถูกละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัว คุณสามารถส่งคำร้องไปที่:

DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45135,
Olympia WA 98504-5135 หรือทางอีเมลที่ DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov
หากมีการส่งข้อร้องเรียน DSHS จะไม่เปลี่ยนแปลงหรือระงับบริการของคุณ
และจะไม่ดำเนินการมาตรการตอบโต้ใด ๆ กับคุณ

หรือ

ส่งข้อร้องเรียนผ่านระบบออนไลน์ที่

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf หรือส่งจดหมายไปที่: Office
for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence
Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201 โทร. (800) 368-1019
ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับ DHHS จะต้องยื่นภายใน 180
วันนับจากเกิดกรณีที่กล่าวหาว่ามีการละเมิดความเป็นส่วนตัว

**การรับทราบ
Acknowledgement**

(จำเป็นในกรณีที่ DSHS ให้บริการดูแลสุขภาพโดยตรง)

ชื่อผู้รับบริการ	วันเกิดของผู้รับบริการ
<p>ข้าพเจ้าได้รับสำเนาหนังสือแจ้งนโยบายความเป็นส่วนตัวของ DSHS และได้สอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการใช้งานและเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวทางการแพทย์ของข้าพเจ้ากับ DSHS แล้ว</p>	
ลายมือชื่อผู้รับบริการหรือผู้แทนส่วนตัว	วันที่
<p>FOR DSHS USE ONLY (สำหรับ DSHS เท่านั้น)</p>	
<p>To be completed if <u>unable</u> to obtain signature of client or personal representative.</p>	
<p>Describe efforts made to have the client acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices (NPP):</p>	
<p>Describe reason why acknowledgement was not obtained:</p>	
STAFF MEMBER'S NAME AND TITLE (PLEASE PRINT)	ADMINISTRATION/DIVISION
STAFF'S SIGNATURE	DATE