**سازمان بهداشت و سلامت روان مریلند،**

**و اطلاعات بهداشتی شما،**

**اعلامیه حق حفظ حریم خصوصی**

این اعلامیه تشریح می کند که چگونه اطلاعات پزشکی درباره شما ممکن است مورد استفاده قرار گرفته و شما چگونه می توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید. لطفا این مقررات را با دقت بررسی نمایید.

مقدمه

سازمان بهداشت و سلامت روان مریلند (DHMH) متعهد به حفاظت اطلاعات بهداشتی شما است. سازمان بهداشت و سلامت روان مریلند مطابق قانون ملزم است تا حریم اطلاعات بهداشتی محفوظ(PHI) را حفظ نماید. پی. اچ. آی. (PHI)،شامل هر گونه اطلاعات قابل شناسایی است که ما آنها را از شما یا افراد دیگری که با وضعیت سلامتی جسمی یا روانی شما دررابطه هستند، مراقبت های بهداشتی که دریافت کرده اید، و یا ازطریق هزینه های بهداشتی تان دریافت می کنیم. برطبق قانون، این اعلامیه ،اطلاعاتی را درمورد حقوق شما و وظایف قانونی ما و شیوه های حفظ حریم ،نسبت به حریم PHI، فراهم می سازد. به منظور ارائه درمان و یا پرداخت مراقبت های درمانی تان ، سازمان بهداشت و سلامت روان مریلند(دی. اچ. ام. اچ)، اطلاعات بهداشتی خاصی را درخواست کرده و این اطلاعات بهداشتی ضمیمه پرونده شما خواهد شد. این پرونده، معمولا شامل علائم بیماری ، معاینه و نتایج آزمایشات شما ، تشخیص، و درمان می باشند. این اطلاعات، که تحت عنوان پرونده پزشکی و درمانی شما به آنها اشاره شده است، و از نظر قانونی تحت عنوان اطلاعات بهداشتی شناخته می شوند ، ممکن است برای اهداف گوناگونی مورد استفاده قرارگیرد. دی. اچ. ام. اچ و شرکای بازرگانی آن ، ملزم به رعایت روشهای حفظ حریم شرح داده شده در این اعلامیه می باشند ، گر چه سازمان بهداشت و سلامت روان مریلند حق تغییر شیوه های حفظ حریم و شرایط این اعلامیه را در هر زمان برای خود محفوظ میدارد. . شما می توانید نسخه ای از اعلامیه جدید را از هر یک ازنمایندگی های دی. اچ. ام. اچ درخواست نمایید. همچنین این اعلامیه برروی تارنمای ما به آدرس http://dhmh.maryland.gov درج شده است.

**استفاده ها و افشاهای مجاز**

کارکنان سازمان بهداشت و سلامت روان مریلند(دی. اچ. ام. اچ) ، تنها در حین انجام وظایف شان از اطلاعات بهداشتی شما استفاده خواهند نمود. درموارد ماورای امور روزمره، دی. اچ. ام. اچ باید اجازه کتبی شما را داشته باشد، مگر به حکم یا ملزمه قانونی ، و شما حق لغو چنین اختیاری را به جز در چند مورد محدود دارید. موارد زیر چندین نمونه از استفاده ها و بازنمود های ما دررابطه با اطلاعات بهداشتی شما می‌باشند :

**موارد استفاده و بازنمود های اطلاعات مربوط به درمان، پرداخت یا اعملیات مراقبت های بهداشتی بدون نیاز به کسب رضایت:**

- **جهت درمان**: دی. اچ. ام. اچ می‌تواند جهت تایید، ردانکاریک معالجه، و برای تعیین اینکه آیا درمان پزشکی شما مناسب می‌باشد ، از اطلاعات بهداشتی شما استفاده نموده یا آنها را به اشتراک گذارد. به عنوان مثال، مسئولین مراقبت های بهداشتی دی. اچ. ام. اچ ممکن است نیاز به بررسی معالجه شما با ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی درجهت نیاز پزشکی یا در راستای هماهنگی مراقبت پرشکی، داشته باشند .
- **جهت وصول**: دی. اچ. ام. اچ می‌تواند اطلاعات بهداشتی شما را به منظورصدور صورت هزینه و اخذ وجه پرداخت برای خدمات درمانی دریافت شده و تعیین واجد شرایط بودن شما دراستفاده از خدمات ما ،استفاده نموده و به اشتراک گذارد. به عنوان مثال، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی شما ممکن است جهت اخذ پرداخت هزینه خدمات درمانی ارائه شده به شما ،موارد مطالبه را ارسال نمایند .
- **سنجش عملکرد مراقبت های بهداشتی**: دی. اچ. ام. اچ می‌تواند جهت ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده، اطلاعات بهداشتی شما را استفاده نموده و به اشتراک گذارد ،و یا به حسابرسان ایالتی یا فدرال ما درمیان گذارد .

**دیگر کاربردها و باز نمودهای اطلاعات بهداشتی که مطابق قانون الزام شده و یا مجاز می باشند:**

- **اهداف اطلاعاتی**: دی. اچ. ام. اچ می‌تواند یادآوری وقت معاینه پزشکی ومطالب دیگری درموردبرنامه را به منزل شما ارسال نماید ، مگر اینکه شما دستورالعمل های جایگزینی به ما ارائه نموده باشید.
- **طبق قانون**: دی. اچ. ام. اچ می‌تواند در مواردی که قانون ما را ملزم می سازد، اطلاعات بهداشتی را تسلیم نماید .

• **فعالیت های بهداشت عمومی**: دی. اچ. ام. اچ ممکن است اطلاعات بهداشتی را ،در زمان هایی که دی. اچ. ام. اچ ملزم به جمع آوری اطلاعات یا ارائه گزارش در مورد بیماری ها، آسیب ها، یا گزارش آمار حیاتی به بخش های دیگر در وزارتخانه و دیگر مقامات بهداشت عمومی می باشد، واگذارنماید.

• **فعالیت های نظارت بهداشتی**: دی. اچ. ام. اچ می تواند اطلاعات بهداشتی شما را به بخش های دیگر در وزارتخانه و سازمان های دیگرجهت فعالیت های نظارتی ، مطابق قانون، تسلیم نماید. نمونه هایی از این فعالیت های نظارتی شامل فعالیت های ممیزی، بازرسی، تحقیقات و صدور جواز می باشد.

• **پزشکی قانونی، بازرسان پزشکی ، مدیران مراسم خاکسپاری و اهدای عضو** : دی. اچ. ام. اچ ممکن است اطلاعات بهداشتی مربوط به مرگ را در اختیار پزشکی قانونی ، بازرسان پزشکی یا مدیران مراسم خاکسپاری گذاشته ، و دراختیار سازمان های مجاز مربوط به اهدا یا پیوند عضو ، چشم، و بافت قرار دهد .

• **اهداف پژوهشی**: در شرایط خاص، و تحت نظارت هیئت مدیره بازبینی بنیادی ما، یا دیگرهیئت مدیره منتخب ،دی. اچ. ام. اچ می‌تواند اطلاعات بهداشتی شما را برای کمک به تحقیقات پزشکی تسلیم نماید .

• **جلوگیری از تهدید امنیتی و بهداشتی**: به منظور جلوگیری از تهدید جدی برای امنیت و سلامتی، دی. اچ. ام اچ. ممکن است اطلاعات بهداشتی را در صورت لزوم به مأموران انتظامی و یا افراد دیگری که ممعقولانه می توانند در پیشگیری و یا کاهش خطر یا آسیب کمک نمایند ، تسلیم نماید .

• **سوء استفاده و مسامحه**: اگر ما معقولانه بر این باورباشیم که شما ممکن است قربانی سوء استفاده، مسامحه ، خشونت در خانواده ، و یا درمعرض جرائمی دیگر هستید ، دی. اچ. ام اچ. اطلاعات وضعیت بهداشتی شما را در اختیار مقامات مربوطه قرار می‌دهد . دی. اچ. ام اچ. ممکن است اطلاعات بهداشتی شما را تا حدی که برای جلوگیری از تهدید جدی برای امنیت و سلامتی شما و یا سلامت یا امنیت دیگران لازم باشد، بازنمود نماید.

• **عملکردهای خاص دولت**: دی. اچ. ام اچ. ممکن است در شرایط خاص، اطلاعات مربوط به وضعیت بهداشتی پرسنل نظامی و سربازان رادر اختیار مراکز تادیب در شرایط خاص قرار دهد، و یا دراختیار برنامه های مزایای دولتی جهت تعیین واجد شرایط بودن و ثبت نام، قرار دهد ، وهمچنین به دلایل امنیت ملی، مانند حفاظت از رئیس جمهور، اطلاعات را بازنمود نماید.

• **خانواده، دوستان، و یا افراد دیگری که در مراقبت از شما سهیم می‌باشند** : دی. اچ. ام اچ. می‌تواند اطلاعات بهداشتی شما را با افرادی به اشتراک بگذارد که مستقیما در مراقبت و یا پرداخت هزینه مراقبت از شما دخیل می‌باشند . دی. اچ. ام اچ. همچنین ممکن است اطلاعات بهداشتی شما را با این افراد به اشتراک گذارد تا آنها را در مورد محل شما، شرایط عمومی، و یا مرگ شما آگاه سازد .

• **جبران خسارت کارکنان**: دی. اچ. ام اچ. ممکن است اطلاعات بهداشتی شما را به برنامه های جبران خسارت کارکنان که مزایایی را برای آسیب ها یا بیماری های مرتبط با کار فراهم می‌سازد، بدون در نظر گرفتن تقصیرکار، تسلیم نماید.

• **فهرست راهنمای بیمار:** دی. اچ. ام اچ. به طور کلی فهرست راهنمای اشخاص را در اختیار تماس گیرنده ها یا بازدید کنندگان که نام شما را می‌پرسند ، قرار نمی‌دهد . با این حال، اگر یک ازنهادها ی دی. اچ. ام اچ چنین فهرستی را داشته باشد ، مشخصات شما بدون اجازه در اختیار تماس گیرنده یا بازدید کننده ناشناخته قرار نخواهد گرفت ، و اطلاعات محدودی که ممکن است در اختیار آنها قرار بگیرد شامل نام شما، محل شما دراین نهاد، شرایط عمومی شما (به عنوان مثال، نسبتاً خوب ، پایدار ، و غیره) و وابستگی مذهبی شما می باشد.

• **شکایت‌های حقوقی، اختلافات و ادعاها**: اگر شما در یک طرح دعوی در دادگاه، اختلاف، و یا ادعا درگیرمی‌باشید ، دی. اچ. ام اچ. ممکن است اطلاعات بهداشتی شما را در پاسخ به دستور اجرایی ، حکم دادگاه ، حکم احضار ، تحقیقات در مورد یک شکایت از طرف شما، و یا دیگر فرآیند قانونی تسلیم نماید .

• **نیروهای انتظامی** : دی. اچ. ام اچ. ممکن است اطلاعات مربوط به وضعیت بهداشتی شما را جهت اهدافی که در قانون یا در پاسخ به یک حکم احضار به دادگاه لازم می‌باشد ، در اختیار یک مامور اجرای قانون قرار دهد .

• **گروه‌های دیگر در انجام فعالیت های مجاز:** دی. اچ. ام اچ. ممکن است فعالیت های فوق الذکر را انجام داده ، یا ممکن است از نهادهای غیر دی. اچ. ام اچ. ،جهت انجام این عملیات(شرکای تجاری ) استفاده نماید. در مواردی که ما اطلاعات حفاظت‌شده در مورد وضعیت سلامتی شما(PHI) را در اختیار شخص ثالث قرار می‌دهیم ، ما این اطلاعات را با استفاده از یک توافق‌نامه مناسب ، محافظت میکنیم.

• **جمع آوری کمکهای مالی** : دی. اچ. ام اچ. ممکن است اطلاعات مربوط به شما را در تلاش برای جمع آوری پول برای دی. اچ. ام اچ و اقداماتش استفاده نماید . اطلاعاتی را که ما در مورد شما تسلیم می کنیم، به اطلاعاتی چون نام، آدرس و شماره تلفن و تاریخی دریافت خدمات درمانی ، محدود خواهد شد.

## حقوق شما

**شما حق دارید که :**

• **درخواست اعمال محدودیت کنید**: شما حق دارید که بر روی اطلاعات مربوط به وضعیت بهداشتی تان را که دی. اچ. ام. اچ. استفاده می کند و یا عرضه می‌دارد، درخواست اعمال ممنوعیت یا محدودیت نمایید . دی. اچ. ام. اچ. درخواست شما را در صورت امکان برآورده می‌سازد ، اما از نظر قانونی ملزم به موافقت با درخواست اعمال محدودیت نمی‌باشد . به جز موارد مشخصی که قانون آنها را ملزم نموده ، دی. اچ. ام. اچ. باید درخواست شما را ، اگر بازنمود اطلاعات شما به یک طرح درمانی به منظور پرداخت یا عملیات مراقبت های بهداشتی می‌باشد (نه برای انجام مقاصد درمانی) برآورده نماید ؛ و اطلاعات درمانی محافظتی صرفا به یک مورد مراقبت یا سرویس درمانی منحصر می شود که هزینه مراقبت های بهداشتی ارائه شده از سوی بیمار به شکل کامل، پرداخت شده باشد .

• **درخواست تبادل محرمانه کنید**: شما این حق را دارید تا از دی. اچ. ام. اچ. بخواهیدکه ازآدرسی جایگزین یا بااستفاده ازروشی جایگزین، اطلاعاتی به شما ارسال نماید. دی. اچ. ام. اچ باید با درخواست شما تا جایی که برای ما منطقی و میسر باشد موافقت نماید .

• تقاضای **بررسی و کپی مدارک کنید**: به جز چندین استثنا (مانند یادداشت های روان درمانی، اطلاعات جمع آوری شده برای اقدامات قانونی خاص، و اطلاعات بهداشتی ممنوع شده مطابق قانون)، شما این حق را دارید که اطلاعات وضعیت سلامتی خود را ازطریق درخواست کتبی ،دریافت نمایید . اگرمایل به دریافت نسخه هایی از اطلاعات وضعیت بهداشتی خود می باشید ، با پرداخت هزینه ای معقول و مطابق با هزینه کپی مدارک ، هزینه پست، و آماده نمودن توضیحات یا خلاصه ای از اطلاعات بهداشتی محافظت شده ، می توانید آنها را دریافت کنید . شما حق دارید که انتخاب نمایید چه بخشهایی از اطلاعات درمانی کپی گرفته شود و درباره هزینه کپی آن به شما از قبل اطلاعات داده شود . درصورتیکه دی. اچ. ام. اچ (سازمان بهداشت و سلامت روان مریلند) پرونده های درمانی الکترونیکی بهداشتی شما را دراختیار داشته باشد ، ما دسترسی به این مدارک را در قالب الکترونیکی ارائه کرده و نسخه ای از اطلاعات درمانی را ، به شرطی که این نسخه‌ها روشن، آشکار، و دقیق باشند، به نهاد یا فرد تعیین شده توسط شما انتقال می‌دهیم.

• **درخواست اصلاحیه کنید**: شما ازطریق یک درخواست کتبی قادرید که از دی. اچ. ام. اچ. بخواهید تا مواردی در پرونده شما را اصلاح و یا اضافه نماید . دی. اچ. ام. اچ. ،ظرف مدت 60 روز به درخواست شما پاسخ خواهد داد،و در صورت نیاز تا مدت 30 روز، آن را تمدید خواهد کرد . دی. اچ. ام. اچ ممکن است درخواست شما را رد نماید ، اگر چنین تشخیص دهد که اطلاعات بهداشتی: (1) صحیح و کامل می‌باشند . (2) توسط ما تولید نشده و / یا قسمتی از پرونده‌های ما نمی‌باشد ؛ (3) مجاز به ارائه مدارک نمی‌باشد . اگر دی. اچ. ام. اچ درخواست اصلاح مدارک را تصویب نماید ، اطلاعات درمانی توسط دی. اچ. ام. اچ. تغییرداده خواهد شد و شما را درباره تغییرات صورت گرفته ، مطلع خواهد ساخت و همچنین دیگرافرادی را که باید در مورد تغییر اطلاعات بهداشتی شما آگاهی داشته باشند، مطلع خواهد ساخت .

• **کسب اجازه کنید** : شما این حق را دارید که کسب اجازه از شما را برای اغلب موارد استفاده و بازنمود یادداشت های روان درمانی شما جهت دریافت ارتباطات بازاریابی و فروش اطلاعات بهداشتی حفاظتی تان ، را ملزم نمایید.
• **گزارش در مورد موارد عرضه دریافت کنید** : شما این حق را دارید که فهرستی از موارد عرضه اطلاعات وضعیت بهداشتی خودرا، که پس از 14 آوریل 2003 ویا شش سال قبل از تاریخی که درخواست گزارش داده اید به عمل آمده، تقاضا نمایید. موارد استثنا شامل اطلاعات بهداشتی ای می‌شوند که جهت درمان، پرداخت، و مراقبت های بهداشتی استفاده شده اند. علاوه بر این، دی. اچ. ام. اچ. ، نباید موارد عرضه اطلاعات به شما را، که بر اساس مجوز کتبی شما صورت گرفته ،وبه مسئولین امنیت ملی، مأموران اجرای قانون، و یا مراکز اصلاحی ارائه شده است، در گزارش به فهرست درآورد. درخواست یک فهرست در سال هزینه ای در بر نخواهد داشت. علاوه بر این، دی. اچ. ام. اچ ، گزارشی ازموارد عرضه اطلاعات درمانی را که از طریق پرونده الکترونیکی وضعیت سلامتی جهت درمان، پرداخت و اقدامات مراقبت های بهداشتی ارائه شده است ، فراهم خواهد نمود، اما این اطلاعات به سه سال قبل از تاریخ درخواست محدود می باشد.

• **منصرف شوید**: شما این حق را دارید که مکاتباتی در مورد جمع آوری کمک های مالی دریافت نمایید و همچنین حق درخواست انصراف از دریافت این مکاتبات را نیزدارید . شما همچنین حق این انتخاب را دارید که نام خود را ازفهرست نام بیماران مرکزدرمانی DHMH خارج نمایید .
• **اطلاعیه دریافت کنید**: شما حق دریافت یک نسخه ازاین اعلامیه و/یا نسخه الکترونیکی آنرا از طریق پست بنا به درخواست، را دارید.
• **اعلان نقض دریافت کنید**: شما این حق را دارید که درزمان نقض PHI نا پابرجای خود، ابلاغیه دریافت نمایید.
• **حفاظت از اطلاعات ژنتیکی را دریافت کنید**: اگر هر یک از اجزای مراقبت های درمانی DHMH ، یک طرح درمانی محسوب شدو ، این طرح درمانی از استفاده یا افشای اطلاعات ژنتیکی شما برای مقاصد خاص ممنوع می شود.
• **حفاظت از سوابق سلامت فکری را دریافت کنید**: اگر پرونده پزشکی شما که درآن دریافت خدمات بهداشت فکری گنجانده شده، بدون اجازه شما عرضه شود، DHMH اطلاعاتی از پرونده شما را که تنها مربوط به هدف عرضه اطلاعات می باشد، منتشر می سازد.

**برای کسب اطلاعات بیشتر**: این سند به زبان های دیگر، و در فرم های جایگزین که از مقررات مصوبه آمریکا ئیان دارای معلولیت(Americans with Disabilities Act) پیروی می کند ، موجود می باشد. درصورت داشتن هرگونه پرسش ونیاز به اطلاعات بیشتر ، شما می توانید تلفنی تماس بگیرید: (نام و شماره تلفن واحد مقررات حفظ حریم خصوصی را درج نمایید )

---

**ارسال گزارش در مورد مشکلات حفظ حریم** :
اگر تصور می کنید که حقوق و حریم خصوصی شما مورد تعدی قرارگرفته است، شما می توانید درخواست شکایت کنید.
• شما می توانید شکایت خود را با سازمان بهداشت و سلامت روان(Department of Health and Mental Hygiene) ، بخش پاسخ به شکایات شرکت، با شماره تلفن 1-866-770-7175 درمیان گذارید.
• شما می توانید درخواست شکایت خود را به دفتر وزارت بهداشت و خدمات انسانی ،دفتر حقوق مدنی ارسال دارید:
جهت اطلاعات بیشتر شما میتوانید با وزارت بهداشت، و سلامت روان (the Department of Health and Mental Hygiene) ، تماس بگیرید.
اگر شما شکایت خود را ارسال نمایید ، سازمان بهداشت و سلامت روان مریلند (DHMH )،هیچ گونه اقدام تلافی جویانه ای را بر علیه شما به عمل نخواهد آورد.
**تاریخ اجرا:** این ابلاغیه در تاریخ 19 اوت 2013 قابل اجرا می باشد.

**(ارائه دهندگان برنامه ها باید اطمینان حاصل نموده که برای امضاء دریافت این ابلاغیه، سعی خود را به عمل می آورند)**
تایید دریافت این ابلاغیه:

_____ _____
بیمار یا نماینده ذی صلاح تاریخ

اگر قادر به گرفتن امضا تایید دریافت نمی باشید، مشخص نمایید به چه دلیل: _____

امضا نماینده سازمان بهداشت و سلامت روان مریلند (DHMH)