

गोपनीयता अभ्यासहरूको सूचना

CINCINNATI HEALTH DEPARTMENT

तपाईंको जानकारी। तपाईंका अधिकारहरू। हाम्रा जिम्मेवारीहरू।

यो सूचनाले तपाईंको बारेमा भएको चिकित्सासम्बन्धी जानकारी प्रयोग र खुलासा गर्न सकिने तरिका र तपाईंले यस जानकारीमा पहुँच प्राप्त गर्न सक्ने तरिकाका बारेमा व्याख्या गर्छ। **कृपया यो ध्यानपूर्वक समीक्षा गर्नुहोस्।**

तपाईंका अधिकारहरू

तपाईंसँग निम्न कुराको अधिकार छः

- आफ्नो कागज वा इलेक्ट्रोनिक चिकित्सा रेकर्डको प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने
- आफ्नो कागज वा इलेक्ट्रोनिक चिकित्सा रेकर्ड सच्याउने
- गोपनीय सञ्चार अनुरोध गर्ने
- हामीले साझा गर्ने जानकारीहरू सीमित गर्न लगाउने
- हामीले तपाईंको जानकारी साझा गरेका व्यक्तिहरूको सूची प्राप्त गर्ने
- यस गोपनीयता नीतिको प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने
- तपाईंका लागि कार्य गर्ने कुनै व्यक्ति छनोट गर्ने
- तपाईंले आफ्नो गोपनीयता अधिकारहरू उल्लङ्घन भएको ठान्नुहुन्छ भने उजुरी दायर गर्ने

तपाईंका रोजाइहरू

तपाईंसँग हामीले निम्नानुसार जानकारी प्रयोग गर्ने र साझा गर्ने तरिकामा केही रोजाइहरू छन्ः

- तपाईंको अवस्थाका बारेमा परिवार तथा साथीहरूलाई बताउने
- प्रकोप राहत उपलब्ध गराउने
- आफूलाई अस्पताल डाइरेक्टरीमा समावेश गर्ने
- मानसिक स्वास्थ्य स्याहार उपलब्ध गराउने
- हाम्रा सेवाहरू बजारीकरण गर्ने र आफ्नो जानकारी बिक्री गर्ने
- कोषहरू उठाउने

हाम्रा प्रयोग र खुलासाहरू

हामी निम्न अवस्थामा तपाईंको जानकारी प्रयोग गर्ने र साझा गर्न सक्छौंः

- तपाईंलाई उपचार गर्ने
- हाम्रो संस्था चलाउने

- तपाईंका सेवाहरू बिल गर्ने
- जनस्वास्थ्य र सुरक्षा समस्याहरूमा मद्दत गर्ने
- अनुसन्धान गर्ने
- कानुनको अनुपालन गर्ने
- अङ्ग तथा तन्तु दान अनुरोधहरूमा प्रतिक्रिया जनाउने
- चिकित्सा परीक्षक वा दाहसंस्कार निर्देशकसँग कार्य गर्ने
- कामदारहरूको क्षतिपूर्ति, कानुन प्रवर्तन र अन्य सरकारी अनुरोधहरूलाई सम्बोध गर्ने
- अभियोग र कानुनी कार्यहरूमा प्रतिक्रिया जनाउने

तपाईंका अधिकारहरू

तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी आउँदा, तपाईंसँग केही अधिकारहरू हुन्छन्। यस खण्डले तपाईंलाई मद्दत गर्न तपाईंको अधिकार र हाम्रा केही जिम्मेवारीहरू व्याख्या गर्दछ।

तपाईंको चिकित्सा रेकर्डको इलेक्ट्रोनिक वा कागजी प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने

- तपाईं आफ्नो चिकित्सा रेकर्ड तथा तपाईंको बारेमा हामीसँग रहेका अन्य स्वास्थ्य जानकारीको इलेक्ट्रोनिक वा कागजी प्रतिलिपि हेर्ने वा प्राप्त गर्ने अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। यो कसरी गर्ने भनी हामीलाई सोध्नुहोस्।
- हामीले सामान्यतया तपाईंको अनुरोधको 30 दिनभित्र तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको प्रतिलिपि वा सारांश उपलब्ध गराउने छौं। हामीले उचित लागतमा आधारित शुल्क लगाउन सक्छौं।

आफ्नो चिकित्सा रेकर्डहरू सच्याउन हामीलाई अनुरोध गर्नुहोस्

- तपाईं हामीलाई तपाईंका बारेमा गलत वा अपूर्ण लाग्ने स्वास्थ्य जानकारी सच्याउन अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। यो कसरी गर्ने भनी हामीलाई सोध्नुहोस्।
- हामीले तपाईंको अनुरोधमा “हुँदैन” भन्न सक्छौं तर हामीले तपाईंलाई त्यसको कारण 60 दिनभित्र लिखित रूपमा बताउने छौं।

गोपनीय सञ्चारहरू अनुरोध गर्नुहोस्

- तपाईं हामीलाई विशिष्ट तरिका (उदाहरणका लागि, घर वा कार्यालय फोन) मा तपाईंलाई सम्पर्क गर्न वा भिन्न ठेगानामा पत्राचार पठाउनका लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।
- हामी सबै उपयुक्त अनुरोधहरूलाई “हुन्छ” भन्ने छौं।

हामीले प्रयोग गर्ने वा साझा गर्ने कुरालाई सीमित गर्न हामीलाई सोध्नुहोस्

- तपाईं हामीलाई उपचार, भुक्तानी वा हाम्रा सञ्चालनहरूका लागि स्वास्थ्यसम्बन्धी केही जानकारी प्रयोग वा साझा नगर्ने अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। हामीलाई तपाईंको अनुरोधसँग सहमत हुन आवश्यक पर्दैन र यसले तपाईंको स्याहारमा प्रभाव पार्छ भने हामीले “हुँदैन” भन्न सक्छौं।
- तपाईंले कुनै सेवा वा स्वास्थ्य स्याहार वस्तुका लागि पूर्ण रूपमा भुक्तान गर्नुभयो भने, तपाईं हामीलाई आफ्नो स्वास्थ्य बीमाकर्तासँग भुक्तानी वा हाम्रा सञ्चालनहरूको उद्देश्यका लागि उक्त जानकारी साझा नगर्ने अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। हामीले उक्त जानकारी कानुनद्वारा साझा गर्न आवश्यक नभएसम्म “हुन्छ” भन्ने छौं।

हामीले जानकारी साझा गरेका व्यक्तिहरूको सूची प्राप्त गर्ने

- तपाईं आफूले सोधेको मितिभन्दा छ वर्षअघि हामीले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी साझा गरेको समयको सूची (लेखा), हामीले यो कसलाई र किन साझा गरेको भनी अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।
- हामीले उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्य स्याहार सञ्चालन र अन्य केही खुलासाहरू (जस्तै तपाईंले हामीलाई गर्न भन्नुभएको कुनै पनि कुरा) बाहेक सबै खुलासाहरू समावेश गर्ने छौं। हामीले एक वर्ष एउटा लेखा निःशुल्क उपलब्ध गराउने छौं तर तपाईंले 12 महिनाभित्र अर्को एउटा अनुरोध गर्नुहुन्छ भने उचित, लागतमा आधारित शुल्क लगाउने छौं।

यस गोपनीयता नीतिको प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने

तपाईं सूचनालाई विद्युतीय माध्यमबाट प्राप्त गर्न सहमत भए तापनि तपाईं कुनै पनि समयमा यो सूचनाको कागजी प्रतिलिपि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। हामीले तपाईंलाई तुरुन्तै कागजको प्रतिलिपि उपलब्ध गराउने छौं।

तपाईंका लागि कार्य गर्ने कुनै व्यक्ति छनोट गर्ने

- तपाईंले कोही व्यक्तिलाई चिकित्सा अख्तियारनामा दिनुभएको छ वा कोही व्यक्ति तपाईंको कानुनी अभिभावक हुनुहुन्छ भने उक्त व्यक्ति तपाईंको अधिकारहरू प्रयोग गर्न र तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीका बारेमा रोजाइहरू बनाउन सक्नुहुन्छ।
- हामीले व्यक्तिसँग यो अधिकार छ र हामीले कुनै पनि कदम चाल्नुअघि उहाँले तपाईंका लागि कार्य गर्न सक्नुहुन्छ भनी सुनिश्चित गर्ने छौं।

तपाईंलाई आफ्ना अधिकारहरू उल्लङ्घन भएको जस्तो लाग्छ भने उजुरी दायर गर्नुहोस्

- तपाईंलाई तलको जानकारी प्रयोग गरी हामीलाई सम्पर्क गरेर हामीले तपाईंका अधिकारहरू उल्लङ्घन गरेको जस्तो लाग्छ भने तपाईं गुनासो गर्न सक्नुहुन्छ।
- तपाईं 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 मा पत्र पठाएर, 1-877-696-6775 मा कल गरेर वा www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ मा गएर देवानी अधिकारहरूका लागि U.S. Department of Health and Human Services कार्यालयमा उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ।
- हामीले उजुरी दायर गरेको कारणले तपाईंमाथि कारबाही गर्ने छैनौं।

तपाईंका रोजाइहरू

स्वास्थ्यसम्बन्धी केही जानकारीका लागि तपाईं हामीले साझा गर्ने कुराका बारेमा आफ्ना रोजाइहरू बताउन सक्नुहुन्छ। तपाईंसँग तल वर्णन गरिएका परिस्थितिहरूमा हामीले तपाईंको जानकारी कसरी साझा गर्ने भन्ने बारेमा स्पष्ट प्राथमिकता छ भने, हामीसँग कुरा गर्नुहोस्। तपाईंले हामीले के गरौंस् भन्ने चाहनुहुन्छ भनी बताउनुहोस् र हामीले तपाईंका निर्देशनहरू पालना गर्ने छौं।

यी अवस्थाहरूमा, तपाईंसँग हामीलाई निम्न कुरा बताउने अधिकार र विकल्प दुवै छः

- तपाईंको परिवार, नजिकका साथीहरू वा तपाईंको स्याहारमा संलग्न अन्यहरूसँग जानकारी साझा गर्नुहोस्
- प्रकोप राहत परिस्थितिमा जानकारी साझा गर्नुहोस्
- अस्पताल डाइरेक्टरीमा आफ्नो जानकारी समावेश गर्नुहोस्

तपाईं हामीलाई आफ्नो प्राथमिकता बताउन सक्नुहुन्न भने, उदाहरणका लागि तपाईं बेहोश हुनुहुन्छ भने, हामी अगाडि जान सक्छौं र हामीलाई यो तपाईंको हितमा छ भनी विश्वास लागेमा तपाईंको जानकारी साझा गर्न सक्छौं। स्वास्थ्य वा सुरक्षामा गम्भीर र आसन्न खतरा कम गर्न आवश्यक पर्दा हामी तपाईंको जानकारी साझा गर्न सक्छौं।

यी मामिलाहरूमा तपाईंले हामीलाई लिखित रूपमा अनुमति नदिएसम्म हामीले तपाईंको जानकारी कहिल्यै पनि साझा गर्दैनौं।

- बजारीकरण उद्देश्यहरू
- तपाईंको जानकारीको बिक्री
- मनोचिकित्सा नोटहरू धेरै साझा गर्ने

कोष सङ्कलन गरेको अवस्थामा:

- हामी तपाईंलाई कोष सङ्कलनका प्रयासहरूका लागि सम्पर्क गर्न सक्छौं तर तपाईं हामीलाई फेरि सम्पर्क नगर्न भन्न सक्नुहुन्छ।

हाम्रा प्रयोग र खुलासाहरू

हामी सामान्यतया तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी कसरी प्रयोग वा साझा गर्छौं?

हामीले तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी निम्न तरिकाहरूमा विशेष रूपमा प्रयोग गर्छौं:

तपाईंलाई उपचार गर्ने

हामी तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग गर्न र तपाईंको उपचार गरिरहेका अन्य पेशेवरहरूसँग साझा गर्न सक्छौं।

उदाहरण: चोटपटकको उपचार गर्ने चिकित्सकले अर्को चिकित्सकलाई तपाईंको समग्र स्वास्थ्य अवस्थाको बारेमा सोध्छन्।

हाम्रो संस्था चलाउने

हामी हाम्रो अभ्यास चालू गर्न, तपाईंको स्याहार सुधार गर्न र आवश्यक पर्दा तपाईंलाई सम्पर्क गर्न तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी प्रयोग र साझा गर्न सक्छौं।

उदाहरण: हामीले तपाईंको उपचार तथा सेवाहरूलाई व्यवस्थित गर्न तपाईंका बारेमा स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग गर्छौं।

तपाईंका सेवाहरू बिल गर्ने

हामीले स्वास्थ्य योजनाहरू वा अन्य संस्थाहरूमा बिल गर्न र यसबाट भुक्तानी प्राप्त गर्न तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग र साझा गर्न सक्छौं।

उदाहरण: हामीले तपाईंको स्वास्थ्य बीमा योजनालाई तपाईंका बारेमा जानकारी दिन्छौं जसकारण यसले तपाईंको सेवाहरूका लागि भुक्तानी गर्ने छ।

हामीले तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी कसरी प्रयोग वा साझा गर्न सक्छौं?

हामीलाई तपाईंको जानकारी अन्य तरिकामा साझा गर्न अनुमति छ वा आवश्यक छ - सामान्यतया जनस्वास्थ्य र अनुसन्धान जस्ता सार्वजनिक हितमा योगदान पुऱ्याउने तरिकाहरूमा। हामीले यी उद्देश्यहरूका लागि तपाईंको जानकारी साझा गर्न सक्नुअघि हामीले कानूनमा धेरै सर्तहरू पूरा गर्नुपर्छ। थप जानकारीका लागि, यसमा हेर्नुहोस्: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

जनस्वास्थ्य र सुरक्षा समस्याहरूमा मद्दत गर्ने

हामी निम्न जस्ता केही परिस्थितिहरूका लागि तपाईंका बारेमा स्वास्थ्य जानकारी साझा गर्न सक्छौं:

- रोगको रोकथाम गर्न
- उत्पादन फिर्ता गर्नमा मद्दत गर्न
- औषधिहरूमा प्रतिकूल प्रतिक्रियाहरू रिपोर्ट गर्न
- शंकास्पद दुरूपयोग, बेवास्ता वा घरेलू हिंसाको बारेमा रिपोर्ट गर्न
- कसैको स्वास्थ्य वा सुरक्षाको गम्भीर खतरा रोकथाम वा कम गर्न

अनुसन्धान गर्ने

हामी स्वास्थ्य अनुसन्धानका लागि तपाईंको जानकारी प्रयोग वा साझा गर्न सक्छौं।

कानूनको अनुपालन गर्ने

Department of Health and Human Services ले हामीले संघीय गोपनीयता कानून पालना गरिरहेका छौं भनी हेर्न चाहन्छ भने यससहित राज्य वा संघीय कानूनलाई आवश्यक भएमा हामीले तपाईंका बारेमा जानकारी साझा गर्ने छौं।

अङ्ग तथा तन्तु दान अनुरोधहरूमा प्रतिक्रिया जनाउने

हामीले अङ्ग अधिप्राप्ति संस्थाहरूसँग तपाईंका बारेमा स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी साझा गर्न सक्छौं।

चिकित्सा परीक्षक वा दाहसंस्कार निर्देशकसँग कार्य गर्ने

हामी व्यक्तिको मृत्यु हुँदा कोरोना, चिकित्सा परीक्षक वा अन्येष्टि निर्देशकसँग स्वास्थ्य जानकारी साझा गर्न सक्छौं।

कामदारहरूको क्षतिपूर्ति, कानून प्रवर्तन र अन्य सरकारी अनुरोधहरूलाई सम्बोध गर्ने

हामी तपाईंका बारेमा स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी प्रयोग वा साझा गर्न सक्छौं:

- कामदारहरूको क्षतिपूर्ति दाबी गर्न
- कानून प्रवर्तन उद्देश्यहरूका लागि वा कानून प्रवर्तन अधिकारीसँग
- कानूनद्वारा अधिकारप्राप्त क्रियाकलापहरूका लागि स्वास्थ्य निरीक्षण एजेन्सीहरूसँग
- सैन्य, राष्ट्रिय सुरक्षा र राष्ट्रपति सुरक्षात्मक सेवाहरू जस्ता विशेष सरकारी कार्यहरूका लागि

अभियोग र कानुनी कार्यहरूमा प्रतिक्रिया जनाउने

हामी अदालत वा प्रशासनिक आदेशको प्रतिक्रियामा वा उपस्थितिपत्रको प्रतिक्रियामा तपाईंका बारेमा स्वास्थ्य जानकारी साझा गर्न सक्छौं।

हाम्रा जिम्मेवारीहरू

- लागूपदार्थ प्रयोग विकार बिरामी रेकर्डहरूको गोपनीयता - हामी चिकित्सा आपतकालीनको उपचारका लागि कानूनद्वारा अनुमति दिएबाहेक तपाईंको लिखित सहमति वा अदालतको आदेशविना लागूपदार्थ प्रयोग विकार उपचारका रेकर्डहरूबाट जानकारी साझा गर्ने छैनौं।
- HIV र AIDS सम्बन्धी अवस्थाहरू - हामीले तपाईंको लिखित सहमति वा अदालतको आदेशविना कानूनद्वारा आवश्यक भए बाहेकको अवस्थामा कुनै पनि HIV परीक्षणको नतिजा वा AIDS सँग सम्बन्धित अवस्थासम्बन्धी जानकारी साझा गर्ने छैनौं।
- हामीलाई तपाईंको सुरक्षित स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारीको गोपनीयता र सुरक्षा कायम राख्न कानूनद्वारा आवश्यक छ।
- तपाईंको जानकारीको गोपनीयता वा सुरक्षामा सम्झौता गरेको हुन सक्ने उल्लङ्घन हुन्छ भने हामी तपाईंलाई तुरुन्तै थाहा दिने छौं।
- हामीले यस सूचनामा वर्णन गरिएका कर्तव्य र गोपनीयता अभ्यासहरू पालना गर्नुपर्छ र तपाईंलाई यसको प्रतिलिपि दिनुपर्छ।
- तपाईंले हामीले यो गर्न सक्छौं भनी लिखित रूपमा नबताएसम्म हामीले यहाँ वर्णन गरिएबाहेकका तपाईंको जानकारी प्रयोग वा साझा गर्ने छैनौं। तपाईंले हामीलाई अनुमति दिनुहुन्छ भने, तपाईं कुनै पनि समय विचार परिवर्तन गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले आफ्नो विचार परिवर्तन गर्नुभयो भने हामीलाई लिखित रूपमा थाहा दिनुहोस्।

थप जानकारीका लागि, यसमा हेर्नुहोस्:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

तपाईंसँग हाम्रो गोपनीयता अभ्यासहरूका बारेमा उजुरी छ वा यो सूचनाका बारेमा प्रश्नहरू छन् भने, कृपया हाम्रो गोपनीयता अधिकारीलाई सम्पर्क गर्नुहोस्।

डा. Michelle Daniels
Cincinnati Health Department
3101 Burnet Avenue
Cincinnati, OH 45229
phone number (513) 357-7200
CHDprivacyofficer@cincinnati-oh.gov

यस सूचनाका सर्तहरूमा परिवर्तनहरू

हामी यस सूचनाका सर्तहरू परिवर्तन गर्न सक्छौं र परिवर्तनहरू हामीसँग तपाईंका बारेमा भएको सबै जानकारीमा लागू हुने छन्। नयाँ सूचना अनुरोधमा हाम्रो कार्यालयमा र हाम्रो वेबसाइटमा उपलब्ध हुने छ।

यो सूचना जुन 1, 2022 देखि लागू हुन्छ

Ambrose H. Clement Health Center

3559 Reading Rd, Suite 101, 45229

Bobbie Sterne Health Center

1525 Elm St, 45202

Braxton F. Cann Memorial Health Center

5818 Madison Rd, 45227

Crest Smile Shoppe

612 Rockdale Ave, 45229

Millvale at Hopple Street Health Center

2750 Beekman St, 45225

Northside Health Center

3917 Spring Grove Ave, 45223

Price Hill Health Center

2136 W. 8th St, 45204

गोपनीयता अभ्यासहरूको यो सूचनाका सर्तहरू Cincinnati Health Department र यसका सबै स्वास्थ्य केन्द्रमा लागू हुन्छन्। Cincinnati Health Department र स्वास्थ्य केन्द्रहरूमा भएका सबै स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक र पेशेवरले उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्य स्याहार सञ्चालनहरूका लागि आवश्यक भएनुसारका चिकित्सासम्बन्धी जानकारी साझा गर्ने छन्।