

# شهرستان لنکن

لنکن - شهرستان لانکاستر  
بخش بهداشت

[www.lincoln.ne.gov](http://www.lincoln.ne.gov)

3140 N STREET  
Lincoln, NE 68510  
402-441-8001

این آگهی چگونه استفاده از اطلاعات پزشکیان را نشان می دهد و چگونه به آن دسترسی پیدا می کنید لطفاً آنرا به دقت بررسی کنید

## اطلاعات شما حقوق شما مسئولیت های ما

- \* دسترسی به یک نسخه از ورقها یا مدرکهای پزشکی الکترونیکی.
- \* تصحیح ورقها یا مدرکهای پزشکی الکترونیکی.
- \* درخواست ارتباطات محرمانه .
- \* درخواست محدودیت دسترسی به اطلاعات .
- \* درخواست فهرست افرادی که اطلاعات به آنها فرستاده می شود.
- \* درخواست نسخه از این آگهی مذکور .
- \* حق انتخاب وکیل دارید .
- \* حق شکایت در صورتی که خصوصیات فردیتان تحت تجاوز قرار گرفته است .

برای اطلاعات بیشتر در مورد این حقوق و چگونه آنها را عمل می کنیم « به صفحه 2 مراجعه کنید

### حقوق شما

شما در موارد زیر حق اختیار در بعضی از روشهایی که در برکاربردن و دسترسی به اطلاعات که ما:

- \* به خانواده یا دوستان تان از وضعیتهای شما آگاه شوند.
- \* در تهیه امدادات در فاجعه ها .
- \* در تهیه خدمات بهداشت روانی .
- \* در بازاریابی خدمات مان و در اختیار گذاشتن اطلاعات شما .
- \* تهیه بودجه .

برای اطلاعات بیشتر در مورد این انتخاب و چگونه آنها را عمل می کنیم. « به صفحه 3 مراجعه کنید

### اختیارات شما

- \* درمان شما .
- \* اداره سازمان مان .
- \* تهیه قبض برای خدمات شما .
- \* کمک در بهبود موارد بهداشت و سلامتی عامه .
- \* در تحقیقات .
- \* در ضوابط قانونی باشد .
- \* در تهیه اعضای و بافتهای اهدانی در حالت درخواست
- \* در همکاری با پزشک قانونی یا مدیر تشییع جنازه .
- \* در برآورده کردن همه نیازهای مربوط تعویض, قانونمندی و سایر درخواستهای دولت در رابطه با کارگران .
- \* جواب به پروندههای حقوقی و کیفری .

برای اطلاعات بیشتر در مورد این استفاده ها و دسترسیها « به صفحه 3 و 4 را مراجعه کنید

### استفاده ها و دسترسیهای ما

## حقوق شما

هنگامی که موضوع به اطلاعات سلامتی شما می آید، شما برخی از این حقوق دارید .  
در این بخش حقوق شما و برخی از مسنولیت های ما توضیح می دهد .

\* شما می توانید در خواست دیدن یا داشتن نسخه الکترونیکی یا کاغذ از سابقه پزشکی تان و دیگر اطلاعاتی که ما در مورد سلامتی شما داریم، از ما بپرسید چگونه این کار را انجام می دهیم .  
\* ما یک نسخه یا خلاصه از اطلاعات بهداشتی تان به دسترس شما خواهیم گذاشت، معمولاً ظرف 30 روز از درخواست شما. شما ممکن است بهای نا چیزی پرداخت کنید .

دریافت نسخه الکترونیکی یا ورقه از سابقه پزشکی

\* شما می توانید از ما درخواست تصحیح اطلاعات بهداشتی(سلامتی) که فکر می کنید غلط یا ناقص ثبت شده است.  
\* ممکن است به درخواست شما جواب منفی داده شود، ولی در مدت 60 روز در نامه ای علت آن به شما توضیح داده می شود .

در خواست تصحیح کردن اطلاعات بهداشتی شما

\* شما می توانید از ما به طریق خاصی با شما ارتباط داشته باشیم(برای مثال، به خانه یا محل کار تماس بگیریم، یا فرستادن پست الکترونیکی به آدرس مختلف .  
\* ما به همه درخواستهای منطقی جواب مثبت می دهیم .

در خواست ارتباطات محرمانه

\* شما می توانید درخواست عدم استفاده یا دسترسی به بعضی از اطلاعات بهداشتی در موارد درمان، پرداخت، یا مسائل اداری، ما مجبور نیستیم که با در خواست شما موافقت کنیم، و ما می توانیم به درخواست شما جواب منفی بدهیم در صورتی که سلامتی شما تحت تاثیر قرار بگیرد.  
\* اگر شما بطور کامل برای خدمات و مراقبتهای بهداشتی از درآمد شخصی خودتان پرداخت کنید، شما حق دارید که از ما درخواست کنید که اطلاعات مربوط به پرداخت و مسائل اداری را در دسترس بیمه درمان قرار ندهیم. ما به این درخواست جواب مثبت می دهیم فقط در طریق قانونی از ما درخواست شود.

در خواست محدودیت استفاده و دسترسی به اطلاعات

\* شما می توانید لیست تمام تعداد دفعاتی که سلامتی شما در طی 6 سال گذشته از شما با دیگران گذاشته ایم را درخواست کنید. با چه کسانی در میان گذاشته ایم و علت آن را نیز در خواست کنید .  
\* همه اطلاعات مربوطه را می توانیم در اختیار شما بگذاریم، به استثنای آنهایی که مربوط به درمان، پرداخت، و اجراءات بهداشتی، بعضی از آنهایی را که شما در خواست کردید.  
شما می توانید یک نسخه مجانی در سال اول داشته باشید، اما می توانید نسخه دوم در این مدت 12 ماه را برای قیمت مقبولی در دست داشته باشید .

دریافت لیست اسمهایی که ما اطلاعات را با آنها در میان می گزاری

\* شما می توانید در هر وقت بخواهید نسخه ای از این آگهی داشته باشید، حتی اگر شما موافقت کرده بودید که آنرا از راه الکترونیک دریافت کنید. ما بلا فاصله نسخه ای از آن بری شما فراهم خواهیم کرد.

دریافت نسخه از این آگهی ( حرمت خصوصیات فردی )

\* اگر شما به کسی وکالت پزشکی بدهید و یا کسی را که وصی قانونی خودتان بگذارید، این شخص می تواند از طرف شما در رابطه به اطلاعات سلامتی تان حق انتخاب داشته باشد .  
\* وظیفه ما اینست که قبل از هر اجرائی مطمئن باشیم که شخص از طرف شما وکالت دارد .

انتخاب وکیل

\* اگر احساس می کنید که ما ا حقوقتان را نقض کرده ایم، شما می توانید از ما شکایت کنید از راه تماس با اطلاعات موجود در صفحه 1 .

حق شکایت در صورت احساس نقض حقوقتان

\* شما می توانید شکایتان از راه نامه به اداره بهداشت و خدمات درمانی قسمت حقوق مدنی واقع در :

U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES OFFICE FOR CIVIL RIGHTS

200 INDEPENDENCE A VENUE, S.W, WASHINGTON, D.C

تلفن: 1-877-696-6775

[WWW.HHS.GOV/ocr/privacy/hippa/complaints/](http://WWW.HHS.GOV/ocr/privacy/hippa/complaints/).

\* ما به علت شکایت، اقدام تلافی جویانه بر علیه شما نخواهیم داشت .

## خيارات شما

برای بعضی از اطلاعات بهداشتی، شما می‌توانید حق انتخاب در اطلاعاتی که ما پخش می‌کنیم. اگر شما روشی معینی را جهت پخش اطلاعاتتان در موارد زیر را ترجیح می‌دهید، با ما در میان بگذارید. به ما بگویید که آنرا به چه طریقی انجام دهیم و ما طبق راهنمایی‌های شما عمل می‌کنیم.

در این موارد شما مزایا و حق انتخاب را دارید

- \* مشارکت اطلاعات با خانواده، دوستان نزدیک و یا دیگران که با سلامتی شما در ارتباط هستند.
- \* مشارکت اطلاعات در امدادهای مربوط به فاجعه.

اگر شما قادر به گفتن درخواستان نباشید، برای مثال در حالتی که شما فاقد وعی هستید، ما شروع به دادن اطلاعات و شرکت دیگران به آنها داده می‌شویم، اگر مطمئن باشیم که آن به نفع شما باشد. ما همچنین این اطلاعات را در دسترس قرار می‌دهیم اگر احتیاج به شنیدن به خطرهای فوری و تهدید کننده سلامتی و زندگی شما باشد.

در این موارد ما اطلاعات را در دسترسی قرار نخواهیم گذاشت فقط اگر شما آنرا به صورت کتبی از ما درخواست کنید

- \* جهت بازاریابی.
- \* جهت پخش اطلاعات.
- \* اکثر موارد مربوط به حالتهای روانی.

در حالتهای جمع آوری امدادات

- \* ما می‌توانیم در رابطه با جمع آوری امدادات با شما تماس بگیریم، اما شما حق دارید که عدم ارتباط مجدد از ما درخواست کنید.

## دسترسی و استفاده ما از اطلاعات

چگونه ما به طور معمول از اطلاعات بهداشتیتان استفاده و افصاح (افشا) می‌کنیم؟  
ما بطور معمول به روشهای زیر استفاده و افصاح کنیم.

درمانتان	* ما می‌توانیم از اطلاعات سلامتی شما استفاده و با دیگر متخصصان این زمینه در میان بگذاریم.	برای مثال: دکتری که شما را برای آسیب درمان می‌کند می‌تواند از دکتر دیگر در رابطه با وضعیت کلی سلامتی تان بپرسد.
اداره مؤسسه مان (آرگان مان)	* ما می‌توانیم از اطلاعات سلامتی تان استفاده یا افصاح کنیم جهت اداره مطب، بهبود خدمات درمانی به شما، و تماس با شما در مورد نیاز.	برای مثال: ما از اطلاعات موجود برای پیش به (اجرای) به درمان و خدمات شما.
ارائه قبض برای خدمات شما	* ما می‌توانیم از اطلاعات موجود استفاده و افصاح کنیم جهت قبض و دریافت وجه نقدی از بیمه سلامتی یا دیگر اشخاص	برای مثال: ما اطلاعات مربوط به شما را به بیمه درمانی خود را به جهت پرداختن از خدمات شما را خواهیم داشت.

چگونه از موارد دیگر استفاده و افصاح از اطلاعات سلامتی شما؟ ما اجازه و حق دسترسی به اطلاعات بهداشتی تان جهت موارد دیگر داریم، به طریقی که به مصلحت عام منتهی می شود، از قبیل سلامتی عامه و تحقیقات. برای دسترسی به این اطلاعات جهت استفاده در این زمینه قبل از این ما احتیاج به برآورده شدن چندین شرایط قانونی داریم. برای اطلاعات بیشتر به این سایت اینترنتی مراجعه کنید:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hippa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hippa/understanding/consumers/index.html)

<p>* در موارد زیر ما می توانیم به اطلاعات شما دسترسی پیدا کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>* پیش گیری از بیماریها و از جمله واکسینها .</li><li>* کمک به بازگرداندن (فراخودان) محصولات .</li><li>* گزارش عوارض بد به داروها.</li><li>* گزارش احتمال سوء استفاده , اهمال (عدم اهتمام) , یا خشونت خانگی .</li><li>* جلوگیری یا کاهش احتمال آسیب جدی به سلامتی و امنیت هر فردی .</li></ul>	<p>کمک به مسایل امنیتی و سلامتی جامعه</p>
<p>* ما می توانیم به اطلاعات شما جهت تحقیقات بهداشتی(سلامتی) دسترس پیدا کنیم .</p>	<p>تحقیقات</p>
<p>* اگر قانون مرکزی یا اقلیمی در خواست دسترسی به اطلاعات تان را داشته باشد از جمله اداره بهداشت و خدمات درمانی خواستار آنها باشند تا ببینند آیا ما برطبق قوانین شخصی اقلیمی عمل می کنیم .</p>	<p>در ضوابط قانونی باشد</p>
<p>* ما می توانیم اطلاعات بهداشتی شما با سازمان تهیه اعضا در میان بگذاریم .</p>	<p>بر آوردن نیازهای اهدای اعضا و بافتها</p>
<p>* ما می توانیم اطلاعات بهداشتیتان با پزشک قانونی، یا مدیر مراسم تشییع جنازه در صورت فوت اشخاص در میان می گذاریم .</p>	<p>همکاری با پزشک قانونی و مراسم تشییع جنازه</p>
<p>* ما می توانیم به اطلاعات بهداشتی شما دسترسی پیدا کنید در رابطه با:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>* دعوت تعویض کارگران .</li><li>* به قصد اجرای قوانین، یا با اجرای قوانین رسمی .</li><li>* با مامورین وزارت بهداشت برای فعالیتهای مجاز توسط قانون .</li><li>* برای فعالیتهای خاص دولتی از قبیل آرتش، امنیت ملی ،</li></ul>	<p>گزارش تلافی کارگرن اجرای قانونی , وسایر درخواست های دولت</p>
<p>* ما می توانیم از اطلاعات بهداشتیتان بنا به درخواست دادگاه دستور اجرایی یا در جواب در حضور شخصی (در دادگاه).</p>	<p>در جواب به درخواست پروندهای حقوقی و اجرای قانونی</p>

برای درخواست مدارک، اصلاحات، محدودیتها، حسابداری و ارتباطات  
خصوصی:

LINCOLN – LANCASTER COUNTY HEALTH DEPARTMENT  
3140 N STREET  
LINCOLN, NE 68510

درمانگاه بهداشتی عمومی و بازدید خانه  
درخواست مدارک پزشکی  
انجمن خدمات بهداشتی درمانی  
402-441-8065

خدمات بهداشتی دندان پزشکی  
مطب دندان پزشکی متخصص  
402-441-6972

## مسئولیت‌های مان

- \* ما طبق قانون ملزم هستیم که برای حفظ حریم خصوصی و امنیت اطلاعات سلامتی شما را حفظ کنیم.
- \* در صورت نقض حرمت خصوصی و اطلاعات سلامتی شما، ما بلافاصله شما را در اطلاع می‌گذاریم .
- \* ما باید طبق ضوابط حفظ حریم خصوصی که در این آگهی توضیح شده عمل می‌کنیم، یک نسخه را درمورد دسترسی شما قرار می‌دهیم .
- \* ما اطلاعات مربوطه به شما به جزء به روشی که اینجا توضیح داده شده است استفاده نخواهیم داشت، مگر اینکه شما از ما به طریقی کتبی در خواست کنید. شما می‌توانید در هر وقتی که بخواهید نظرتان تغییر دهید. اگر می‌خواهید تغییری را انجام دهید آنرا به صورت کتبی به ما عرضه کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت اینترنتی نگاه کنید:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## تغییرات در شرایط این آگهی

ما می‌توانیم ضوابط این اطلاع را تغییر کنیم، و این تغییر بر همه اطلاعاتی که ما از شما داریم منطبق خواهد شد. آگهی جدید طبق درخواست تحت خدمت شما از طریق دفتر یا سایت اینترنتی قرار خواهد گرفت.

قابل اجرا از

May 15, 2015

این آگهی حفظ حریم شخصی به همه کاربران برنامه‌های بهداشتی شهرداری لینکن منطبق خواهد شد  
\*درمانگاه‌های بهداشت عمومی.  
\*برنامه زیارت خانگی مادر-کودک.  
\* برنامه بهداشتی دندان.

برای کسب اطلاعات بیشتر یا گزارش از مشکلی با مسئول حفظ حریم خصوصی تماس بگیرید:

Kathleen Cook  
City Privacy Officer  
Lincoln- Lancaster County Health Department  
3140 N STREET, room 2231  
Lincoln, ne 68510  
402-441-8092

Sherrie Meints  
Fire Privacy Officer  
Lincoln Fire & Rescue  
901 West Bond, Suite 200  
Lincoln, NE 68521  
402-441-6686