



CHÍNH QUYỀN DISTRICT OF COLUMBIA
SỞ CHĂM SÓC SỨC KHỎE HÀNH VI

THÔNG BÁO CHUNG VỀ CÁC BIỆN PHÁP BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ

**THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ BAO GỒM THÔNG TIN SỨC KHỎE TÂM THẦN VÀ THÔNG TIN VỀ ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG NGỪA LẠM DỤNG RƯỢU/MA TÚY VỀ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ NHƯ THẾ NÀO.
VUI LÒNG XEM KỸ THÔNG BÁO NÀY.**

Mạng Lưới của Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi (Department of Behavioral Health, DBH) bao gồm DBH và các nhà cung cấp dịch vụ có chứng nhận hoặc giấy phép của DBH đã ký kết hợp đồng hoặc thỏa thuận với DBH để cung cấp các dịch vụ hoặc sự hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần và các dịch vụ điều trị và phòng ngừa lạm dụng rượu/ma túy. Thông báo này giải thích các bên tham gia trong Mạng Lưới DBH sẽ sử dụng, chia sẻ và bảo vệ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (PHI) của quý vị như thế nào.

PHI là gì?

PHI là bất kỳ thông tin nào bằng văn bản, ghi âm hoặc bằng lời có thể nhận dạng quý vị hoặc có thể được sử dụng để nhận dạng quý vị và liên quan đến sức khỏe hành vi của quý vị, bao gồm sự chăm sóc của quý vị và sự thanh toán chi phí chăm sóc của quý vị.

CÁC TRƯỜNG HỢP SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ PHI CỦA QUÝ VỊ KHÔNG CẦN SỰ CHO PHÉP

Trong những trường hợp nào PHI của tôi có thể được chia sẻ mà không cần sự đồng ý hoặc cho phép của tôi?

(1) **PHI của quý vị (bao gồm thông tin sức khỏe tâm thần, và thông tin điều trị và phòng ngừa lạm dụng rượu/ma túy do một nhà cung cấp dịch vụ điều trị và phòng ngừa lạm dụng rượu/ma túy lưu giữ) có thể được tiết lộ mà không cần sự đồng ý hoặc cho phép của quý vị trong những trường hợp sau đây:**

- Để báo cáo trường hợp nghi ngờ ngược đãi hoặc bỏ rơi trẻ em;
- Trong trường hợp cấp cứu có nguy cơ đe dọa sức khỏe của người cần được chăm sóc y tế ngay lập tức.
- Cho các hoạt động giám sát chăm sóc sức khỏe chẳng hạn như đánh giá các chương trình và kiểm toán.
- Đáp lại lệnh tòa và trật tòa.
- Phục vụ mục đích nghiên cứu, chẳng hạn như nghiên cứu liên quan đến sự phát triển các phương pháp điều trị hiệu quả hơn, miễn là nghiên cứu đó đáp ứng các yêu cầu bảo mật nhất định.
- Để báo cáo tội phạm hoặc đe dọa phạm tội xuất hiện trong cơ sở của nhà cung cấp hoặc nhắm đến nhân viên củ nhà cung cấp.
- Tuân theo một thỏa thuận với tổ chức dịch vụ hoặc cộng tác viên kinh doanh đủ năng lực.

(2) **Chỉ Đối Với Thông Tin Sức Khỏe Tâm Thần**. Ngoài ra, PHI về sức khỏe tâm thần có thể được tiết lộ mà không cần sự đồng ý hay cho phép trước của quý vị ở các trường hợp sau đây:

- Khi các nhà cung cấp trong Mạng Lưới DBH hoặc các cơ quan y tế và dịch vụ nhân sinh của Quận và các nhà cung cấp dịch vụ tương ứng của họ chịu sự điều chỉnh của đạo luật HIPAA, bao gồm Sở Dịch Vụ Nhân Sinh (Department of Human Services), Cơ Quan Dịch Vụ Trẻ Em và Gia Đình (Child and Family Services Agency), Sở Y Tế (Department of Health), và Sở Tài Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Finance), cần điều phối điều trị, phúc lợi và dịch vụ.
- Khi các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và chăm sóc sức khỏe tâm thần bên ngoài Mạng Lưới DBH cần điều phối điều trị, phúc lợi và dịch vụ; tuy nhiên thẩm quyền này không phải là tuyệt đối. Quý vị có thể chọn không cho phép nhà cung cấp có quyền chia sẻ PHI của mình và các nhà cung cấp không được tiết lộ các báo cáo tiền bộ. "Không cho phép" có nghĩa là quý vị không muốn nhà cung cấp của quý vị chia sẻ PHI của quý vị với các nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới DBH trừ phi

quý vị đã ký giấy cho phép tiết lộ hoặc nhà cung cấp đó có nghĩa vụ pháp lý phải chia sẻ PHI của quý vị. Ví dụ, một nhà cung cấp có thể có nghĩa vụ pháp lý chia sẻ PHI của quý vị trong trường hợp cấp cứu hoặc để đáp lại lệnh tòa.

- Khi một chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần cho rằng cần phải yêu cầu nhập viện điều trị cấp cứu bệnh tâm thần, hoặc để bảo vệ quý vị hoặc một người khác tránh bị tổn thương thân thể nghiêm trọng.
- Để báo cáo trường hợp nghi ngờ ngược đãi hoặc bỏ rơi người lớn hoặc trẻ em.
- Khi có yêu cầu của một đại diện cơ quan đặc trách cho cơ quan bảo vệ và hỗ trợ của District of Columbia khi điều tra các cáo buộc ngược đãi hoặc bỏ rơi người mắc bệnh tâm thần;
- Cho các trường giáo dưỡng hoặc các viên chức thực thi pháp luật có quyền quản chế quý vị một cách hợp pháp để tạo điều kiện cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần.
- Để giám sát sự tuân thủ của quý vị với điều kiện phóng thích trước phiên tòa, thử thách, tạm tha, phóng thích có giám sát, hoặc thỏa thuận chuyên hướng quyền tài phán về điều trị sức khỏe tâm thần.

NHỮNG CÂU HỎI THƯỜNG GẶP

Nếu tôi đang tham gia một chương trình điều trị và phòng ngừa lạm dụng rượu/ma túy, nhà cung cấp có thể chia sẻ thông tin điều trị và phòng ngừa lạm dụng rượu/ma túy của tôi với một nhà cung cấp khác trong mạng lưới mà không có sự đồng ý của tôi hay không?

Không. 42 CFR Phần 2 yêu cầu cụ thể phải có sự đồng ý bằng văn bản để tiết lộ thông tin điều trị và phòng ngừa lạm dụng rượu/ma túy trừ phi áp dụng trường hợp ngoại lệ ghi chú ở (1) bên trên.

PHI của tôi có thể được sử dụng hay tiết lộ phục vụ cho các mục đích khác nếu tôi cho phép hay không?

Có. PHI của quý vị có thể được chia sẻ phục vụ các mục đích khác với các mục đích được mô tả bên trên, nhưng chỉ khi quý vị cho phép cụ thể bằng cách ký giấy cho phép. Ví dụ, quý vị có thể cho phép chúng tôi tiết lộ PHI của quý vị cho một nhà cung cấp bên ngoài Mạng Lưới để cho phép nhà cung cấp đó cung cấp cho quý vị dịch vụ hoặc phương pháp điều trị quý vị cần. Quý vị có quyền cho biết rằng giấy cho phép sẽ có hiệu lực trong bất kỳ khoảng thời gian nào lên đến ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày, trừ các trường hợp trong đó quý vị cho phép tiết lộ để nhận được bảo hiểm nhân thọ hoặc bảo hiểm sức khỏe không thể hủy hoặc đảm bảo gia hạn, trong trường hợp đó giấy cho phép có thể có giá trị lên đến hai (2) năm kể từ ngày ký hợp đồng bảo hiểm.

Nếu tôi cho phép tiết lộ, tôi có thể rút lại sự cho phép của mình hay không?

Có. Trừ mục đích bảo hiểm, quý vị có thể rút lại sự cho phép của mình vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi thông báo văn bản cho nhà cung cấp của quý vị. Nhưng quý vị phải thông báo bằng văn bản và gửi cho nhà cung cấp của quý vị để các nhà cung cấp trong mạng lưới sẽ ngưng sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị. Các nhà cung cấp trong mạng lưới được phép sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị dựa trên sự cho phép của quý vị cho đến khi nhà cung cấp trong mạng lưới nhận được yêu cầu rút lại bằng văn bản của quý vị. Việc rút lại sự cho phép sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ hành động nào của nhà cung cấp trong mạng lưới trước khi nhận được yêu cầu.

Mạng Lưới phải làm gì để bảo vệ PHI của tôi?

Luật pháp quy định các nhà cung cấp trong mạng lưới phải bảo mật PHI của quý vị và gửi Thông Báo này cho quý vị biết các nghĩa vụ pháp lý và các biện pháp bảo vệ quyền riêng tư của họ. Nếu luật pháp yêu cầu thay đổi các điều khoản của Thông Báo này, tất cả các nhà cung cấp trong mạng lưới sẽ phải tuân thủ các điều khoản của Thông Báo đã thay đổi.

Tôi có những quyền gì đối với PHI của mình?

- Quý vị có quyền không cho phép tiết lộ PHI sức khỏe tâm thần của quý vị cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không phải là thành viên của Mạng Lưới DBH.
- Quý vị có quyền xem và sao chép PHI của mình với các trường hợp ngoại lệ hạn chế.
- Quý vị có quyền yêu cầu sửa đổi hồ sơ PHI của quý vị.
- Quý vị có quyền được thông báo về PHI của quý vị theo cách bảo mật quý vị chọn. Cách thức quý vị chọn phải hợp lý để chúng tôi có thể thực hiện.

- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi giới hạn các trường hợp sử dụng hay tiết lộ PHI của quý vị. Các nhà cung cấp trong mạng lưới không buộc phải đồng ý với yêu cầu hạn chế của quý vị, nhưng nếu chúng tôi đồng ý, chúng tôi phải tuân thủ các yêu cầu hạn chế đó.
- Quý vị có quyền hạn chế tiết lộ PHI khi tự trả tiền túi.
- Quý vị có quyền nhận thông tin về các trường hợp tiết lộ mà các nhà cung cấp trong mạng lưới đã thực hiện đối với PHI của quý vị.
- Quý vị có quyền yêu cầu một bản sao của Thông Báo về Quyền Riêng Tư này.
- Quý vị có quyền được thông báo về trường hợp xâm phạm phạm vi PHI của quý vị.

Tôi có thể làm gì nếu tôi muốn thực thi các quyền của mình, có thắc mắc, hoặc muốn khiếu nại về trường hợp sử dụng và tiết lộ PHI của tôi?

Nếu quý vị muốn thực thi các quyền của mình, hoặc quý vị có thắc mắc hay khiếu nại về việc sử dụng hay tiết lộ PHI của quý vị, **quý vị nên liên hệ với Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư tại đơn vị điều trị cho quý vị.** Quý vị cũng có thể liên hệ với Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư DBH được liệt kê bên dưới:

DBH Privacy Officer
 D.C. Department of Behavioral Health
 64 New York Avenue, NE, 2nd Floor
 Washington, D.C. 20002
 Điện thoại: (202) 671-4088
 TTY/TTD: (202) 673-7500
 Email: dbh.privacy@dc.gov

Quý vị cũng có thể liên hệ với Phòng Dân Quyền, Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, tại địa chỉ sau đây:

Office for Civil Rights – Region III
 U.S. Department of Health and Human Services
 150 S. Independence Mall West, Suite 372,
 Public Ledger Building
 Philadelphia, PA 19106-9111
 Điện Thoại Bàn (215) 861-4441; Đường Dây Nóng (800) 368-1019;
 Fax (215) 861-4431; TDD (215) 861-4440
 Email: ocrmail@hhs.gov

Ngoài ra, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại thông qua thủ tục giải quyết khiếu nại của DBH. Không ai được có bất kỳ hành động nào chống lại quý vị vì quý vị khiếu nại về việc sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị.

Nếu quý vị khó hiểu Thông Báo này, vui lòng yêu cầu sự hỗ trợ.

NHỮNG THAY ĐỔI ĐỐI VỚI THÔNG BÁO NÀY

Nếu luật pháp yêu cầu thay đổi các điều khoản của Thông Báo này, tất cả các nhà cung cấp trong mạng lưới sẽ phải tuân thủ các điều khoản của Thông Báo đã thay đổi. Nếu thông báo này có thay đổi, những thay đổi đó sẽ áp dụng cho tất cả PHI (bao gồm thông tin sức khỏe tâm thần, và thông tin điều trị và phòng ngừa lạm dụng rượu/ma túy mà nhà cung cấp dịch vụ điều trị và phòng ngừa lạm dụng rượu/ma túy lưu giữ) được lập hoặc nhận trước khi thông báo này có thay đổi. Thông báo sửa đổi sẽ được đăng trên trang web của DBH, và sẽ được cung cấp cho quý vị tại lần thăm khám tiếp theo của quý vị tại tất cả các cơ sở dịch vụ.

**XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN
THÔNG BÁO VỀ CÁC BIỆN PHÁP BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ CỦA HIPAA**

Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được Thông Báo Chung về Các Biện Pháp Bảo Vệ Quyền Riêng Tư của Mạng Lưới Các Nhà Cung Cấp DBH, và tôi đã được cung cấp một bản sao của Thông Báo.

Chữ Ký _____ Ngày _____

Vui Lòng Viết In Tên _____

Quan hệ (nếu không phải người tiêu dùng/khách hàng) _____

_____ Tôi từ chối ký tên vào giấy này.

_____ Tôi không cho phép sử dụng PHI của tôi với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và chăm sóc sức khỏe tâm thần bên ngoài Mạng Lưới DBH. Tôi hiểu rằng việc không cho phép sử dụng sẽ không ảnh hưởng đến quyền của nhà cung cấp của DBH được tiết lộ thông tin sức khỏe tâm thần của tôi mà không cần sự đồng ý theo Đạo Luật về Thông Tin Sức Khỏe Tâm Thần của D.C. ở các trường hợp được mô tả trong Phần (2) của Thông Báo Chung về Các Biện Pháp Bảo Vệ Quyền Riêng Tư.

Lưu Ý Dành Cho Nhân Sự Trong Mạng Lưới:

Nếu khách hàng/đại diện từ chối nhận Thông Báo hay ký tên, xác nhận việc từ chối bằng cách cung cấp thông tin sau đây:

Tên của Nhân Sự Trong Mạng Lưới: _____

Chức danh: _____

Chữ ký: _____ Ngày _____

Nhận xét: _____

Thông Báo Chung về Các Biện Pháp Bảo Vệ Quyền Riêng Tư & bản sao của Giấy Xác Nhận – Người Tiêu Dùng/Khách Hàng
Giấy Xác Nhận Gốc – Hồ Sơ Y Tế



CHÍNH QUYỀN DISTRICT OF COLUMBIA
SỞ CHĂM SÓC SỨC KHỎE HÀNH VI

Giấy Cho Phép Sử Dụng hoặc Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ
(Bao gồm thông tin sức khỏe tâm thần và thông tin điều trị và phòng ngừa lạm dụng rượu/ma túy)

Tên của Người Tiêu Dùng/Khách Hàng (viết in) Số Danh Định

Địa Chỉ Ngày Sinh

Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip (Các) Tên Gọi Khác

TIẾT LỘ THÔNG TIN CHO:

Tên/Chức Danh: _____

Tổ chức: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại #: _____ Fax # _____

THÔNG TIN SẼ ĐƯỢC TIẾT LỘ BỞI:

Tên/Chức Danh: _____

Tổ chức: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại # _____ Fax # _____

THÔNG TIN SẼ ĐƯỢC TIẾT LỘ: Tôi tự nguyện cho phép và yêu cầu tiết lộ (bao gồm thông tin trên giấy, bằng lời, và chuyển đổi điện tử) hồ sơ y tế của tôi. Điều này bao gồm sự cho phép cụ thể để tiết lộ tất cả hồ sơ và thông tin về sự điều trị, nhập viện và chăm sóc ngoại trú của tôi, bao gồm: (Phải chọn các hạng mục sau đây để được tiết lộ)

- Lạm dụng ma túy, nghiện rượu hoặc lạm dụng dược chất khác;
- Hồ sơ có thể cho biết sự hiện diện của một bệnh truyền nhiễm hoặc không truyền nhiễm, và xét nghiệm để đưa vào hồ sơ HIV/AIDS.

Giới Hạn Tiết Lộ:

- Chỉ đối với các ngày dịch vụ từ _____ đến _____
- Các trường hợp loại trừ (phải liệt kê nếu có bất kỳ trường hợp loại trừ nào) _____
- Chỉ đối với thông tin sau đây: (phải liệt kê các tài liệu cụ thể nếu phù hợp) _____

THÔNG TIN SẼ ĐƯỢC SỬ DỤNG PHỤC VỤ CHO (CÁC) MỤC ĐÍCH SAU ĐÂY (Liệt kê): _____

HẾT HẠN: Giấy cho phép này sẽ hết hạn ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày kể từ ngày ký giấy này trừ phi chọn một trong các mục sau đây, trong trường hợp đó nó sẽ hết hạn vào ngày sớm nhất:

- Vào _____ (không được quá ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày kể từ ngày có giấy này).
- Vào _____ khi: _____ xuất hiện.

(Yêu Cầu Cho Biết Ngày)

(Cho Biết Sự Kiện Cụ Thể)

QUYỀN RÚT LẠI: Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại giấy cho phép này bất kỳ lúc nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho tổ chức đã được cho phép tiết lộ thông tin này. Tôi hiểu rằng việc rút lại giấy cho phép này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ hành động nào của tổ chức đã được phép tiết lộ thông tin này trước khi họ nhận được văn bản thông báo rút lại của tôi. Tôi hiểu rằng quyền rút lại giấy cho phép này của tôi có thể bị hạn chế nếu mục đích của giấy cho phép này liên quan đến việc đăng ký bảo hiểm sức khỏe hoặc nhân thọ.

CÁC QUYỀN KHÁC: Tôi hiểu rằng luật pháp không cho phép cá nhân hoặc tổ chức tái tiết lộ thông tin này nếu không có sự cho phép của tôi, trừ phi được luật pháp cho phép. Tôi hiểu rằng tôi có quyền kiểm tra hồ sơ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi. Tôi cũng hiểu rằng tôi không thể bị từ chối ghi danh hay nhận dịch vụ nếu tôi quyết định không ký vào giấy này. Tuy nhiên, tôi có thể không đăng ký được để nhận phúc lợi hay gia hạn phúc lợi sẽ giúp thanh toán chi phí các dịch vụ này.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI TIÊU DÙNG/KHÁCH HÀNG HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN CÁ NHÂN:

Tôi, _____, hiểu rằng, bằng việc ký tên vào giấy này, tôi cho phép sử dụng và/hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ được cho biết bên trên.

Họ Tên (Viết In) _____

Chữ ký _____ Ngày _____

CHO PHÉP THAY MẶT NGƯỜI TIÊU DÙNG/KHÁCH HÀNG (chọn một):

Bản Thân _____ Cha Mẹ _____ *Người Đại Diện Cá Nhân _____ (bao gồm người giám hộ hợp pháp và luật sư đại diện)

Khác _____ (phải nêu rõ): _____

Địa chỉ: _____ Điện thoại # _____

**Yêu cầu cung cấp giấy tờ chứng minh đối với người đại diện cá nhân. Đính kèm bản sao vào giấy này.*

CHỮ KÝ CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN: Nếu người tiêu dùng/khách hàng được ít nhất mười bốn (14) tuổi, nhưng dưới mười tám (18) tuổi, giấy cho phép này không có giá trị trừ phi người tiêu dùng/khách hàng ký tên bên cạnh cha mẹ, người giám hộ hợp pháp hoặc người đại diện cá nhân khác. Trẻ vị thành niên ở bất kỳ độ tuổi nào có thể cho phép tiết lộ chỉ dựa trên chữ ký của mình, nếu (1) họ là trẻ vị thành niên đã được công nhận quyền tự do, hoặc (2) họ đang được điều trị hoặc nhận dịch vụ mà không có cha mẹ hoặc người giám hộ đồng ý.

Họ Tên (Viết In) _____ Ngày Sinh _____ Điện Thoại # _____

Địa chỉ: _____

Chữ Ký của Trẻ Vị Thành Niên _____ Ngày _____

YÊU CẦU XÁC MINH DANH TÍNH CỦA NGƯỜI TIÊU DÙNG/KHÁCH HÀNG HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN CÁ NHÂN CUNG CẤP GIẤY ĐỒNG Ý

- Thông tin nhận dạng cá nhân (căn cước có dán hình do chính phủ cấp: Đính kèm một bản sao).
- Xác nhận bằng lời của quan chức chính phủ hoặc nhà cung cấp của Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi.

Cho biết rằng quý vị đã được thông báo và lý do tại sao việc quý vị dựa vào thông tin này là hợp lý theo hoàn cảnh.

Nếu giấy này được gửi qua đường bưu điện, chữ ký trên giấy phải có công chứng hoặc người cung cấp giấy đồng ý phải công chứng chữ ký của mình hoặc đính kèm một bản sao thẻ căn cước của mình do chính phủ cấp.

Tôi Đã Xác Minh Danh Tính của Người Cung Cấp Giấy Đồng Ý

Họ Tên (Viết In) _____ Chức Danh _____

Chữ ký _____ Ngày _____

Tôi Rút Lại Giấy Cho Phép Ngày, Có Hiệu Lực Từ: _____ **Chữ ký** _____
(Ngày) (Người Tiêu Dùng/Khách Hàng, hoặc người đại diện cá nhân và quan hệ của họ với người tiêu dùng/khách hàng)

DÀNH CHO NGƯỜI QUẢN LÝ HỒ SƠ:

1. Cung cấp một bản sao của giấy cho phép này cho người tiêu dùng/khách hàng hoặc người đại diện cá nhân.
2. Lưu bản gốc đã ký vào hồ sơ y tế của khách hàng.
3. Ghi nhận giấy cho phép này và gửi chuyển cho Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư hoặc người được chỉ định để ghi nhận.
4. Gửi một bản sao của giấy này cùng với thông tin cần tiết lộ.