



THÔNG BÁO VỀ THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH CHÚNG TÔI CÓ THỂ SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ VÀ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TIẾP CẬN THÔNG TIN NÀY.

VUI LÒNG XEM XÉT KỸ THÔNG BÁO NÀY.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về Thông báo này, vui lòng liên hệ với Văn phòng Quyền riêng tư của City of Hope theo số (626) 256-4673, Số máy lẻ 88084 hoặc qua email PrivacyOffice@coh.org.

I. Nghĩa vụ của chúng tôi trong việc bảo vệ quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe của quý vị

Luật pháp yêu cầu chúng tôi duy trì tính riêng tư của thông tin y tế được bảo vệ của quý vị (protected health information, "PHI"), cung cấp cho quý vị thông báo về các nghĩa vụ pháp lý và thực hành quyền riêng tư của chúng tôi đối với PHI của quý vị và thông báo đến quý vị trong trường hợp xảy ra hành vi vi phạm đối với PHI không được bảo mật của quý vị. Thông báo này mô tả các quyền của quý vị và nghĩa vụ của chúng tôi đối với việc sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị và thông báo cho quý vị về những luật mà có quy định về quyền được bảo vệ đặc biệt đối với PHI của quý vị.

Thông báo này tóm tắt các thực hành quyền riêng tư của các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong Tổ chức Liên kết Được bao gồm (Affiliated Covered Entity, ACE) của City of Hope, là các cơ sở chăm sóc sức khỏe và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hiện hoặc trong tương lai do City of Hope kiểm soát hoặc sở hữu hoặc kiểm soát chung. Các thành viên của City of Hope ACE được đặt tại California, Arizona, Georgia và Illinois. Các chăm sóc sức khỏe của bất kỳ tổ chức kết hợp hiện tại hoặc tương lai nào thuộc quyền sở hữu hoặc kiểm soát chung của City of Hope cũng được tính vào một phần của City of Hope ACE.

Thông báo này đề cập đến các thực hành quyền riêng tư của tất cả các chuyên gia chăm sóc sức khỏe, nhân viên, nhân viên hợp đồng, sinh viên và tình nguyện viên tại các địa điểm của City of Hope được liệt kê tại <https://www.cityofhope.org/locations>.

Thông báo này không áp dụng đối với dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được từ chuyên gia chăm sóc sức khỏe tại văn phòng của họ, chứ không phải tại bất kỳ cơ sở hành nghề nào của City of Hope. Bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể có các chính sách và quy trình riêng liên quan đến PHI của quý vị và quý vị nên xem lại thông báo của chuyên gia chăm sóc sức khỏe của mình về thực hành quyền riêng tư để biết thông tin về cách PHI của quý vị sẽ được xử lý bên ngoài COH. Mọi cá nhân và tổ chức được liệt kê ở trên chia sẻ PHI của quý vị với một bên khác khi cần thiết để thực hiện điều trị, nhận thanh toán hoặc tiến hành các hoạt động vận hành khác.

Bất cứ khi nào chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị, chúng tôi phải tuân thủ các điều khoản của Thông báo này.

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

II. Cách chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế cá nhân (Personal Health Information, PHI) của quý vị

• Không cần sự cho phép

Chúng tôi sẽ sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị khi luật pháp liên bang, tiểu bang hoặc địa phương yêu cầu. Ngoài ra, chúng tôi cũng có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị khi được luật pháp hiện hành cho phép. Các loại mục đích dưới đây thể hiện trường hợp chúng tôi sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị. Mỗi hạng mục trường hợp sử dụng hoặc tiết lộ đều bao gồm các ví dụ, mặc dù không liệt kê hết mọi ví dụ có thể xảy ra về trường hợp có thể sử dụng hoặc tiết lộ.

• Để cung cấp phương pháp điều trị

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị khi cần thiết để cung cấp phương pháp điều trị cho quý vị. Ví dụ, bác sĩ của quý vị sử dụng PHI của quý vị để xác định liệu có nên chỉ định xét nghiệm chẩn đoán, liệu pháp và thuốc cụ thể hay không. Trong quá trình thăm khám, bác sĩ của quý vị có thể cung cấp cho quý vị một phần hồ sơ y tế của quý vị - chẳng hạn như báo cáo xét nghiệm hoặc hướng dẫn xuất viện - để giúp quý vị hiểu dịch vụ chăm sóc mà quý vị hiện đang nhận được. Bác sĩ, y tá, kỹ thuật viên, sinh viên y khoa hoặc nhân viên khác có thể cần biết và/hoặc thảo luận về các vấn đề sức khỏe của quý vị để thực hiện điều trị và để hiểu cách đánh giá phản ứng của quý vị đối với phương pháp điều trị. Các bộ phận hoặc cơ sở khác nhau của COH có thể chia sẻ PHI của quý vị để điều phối những dịch vụ khác nhau mà quý vị cần chẳng hạn như toa thuốc, xét nghiệm và chụp X-quang. Chúng tôi cũng có thể chia sẻ PHI của quý vị với những người bên ngoài COH mà có thể liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị để đảm bảo tính liên tục của dịch vụ chăm sóc, ví dụ, khi quý vị được chuyển sang một cơ sở khác.

• Nhắc lịch hẹn, Kết quả xét nghiệm, Lựa chọn điều trị thay thế, v.v.

Chúng tôi cũng có thể sử dụng PHI của quý vị để liên hệ với quý vị (qua điện thoại, email, cổng thông tin dành cho bệnh nhân, tin nhắn bằng văn bản hoặc qua thư) để nhắc quý vị về các lịch hẹn, thông báo cho quý vị về kết quả chẩn đoán và cho quý vị biết về các phương pháp điều trị thay thế.

• Quyền lợi và dịch vụ liên quan đến sức khỏe

Chúng tôi có thể sử dụng PHI của quý vị để cho quý vị biết về các quyền lợi và dịch vụ liên quan đến sức khỏe được COH cung cấp mà quý vị có thể sẽ quan tâm bao gồm các bài giảng giáo dục, sự kiện đặc biệt và nhóm hỗ trợ. Ví dụ, COH tài trợ một số sự kiện chăm sóc sức khỏe hàng năm mà bệnh nhân của chúng tôi có thể sẽ quan tâm chẳng hạn như Ngày hội sức khỏe dành cho người mắc bệnh tiểu đường, Buổi tụ họp dành cho những người cấy ghép tủy xương hàng năm và Chuyển dạ ngoại dành cho bệnh nhi.

• Hoạt động trao đổi thông tin y tế

Chúng tôi có thể tham gia vào một số hoạt động trao đổi thông tin y tế mà qua đó chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị, theo luật pháp cho phép, cho các nhà cung cấp hoặc tổ chức chăm sóc sức khỏe khác nhằm mục đích điều trị, thanh toán, tiến hành các hoạt động chăm sóc sức khỏe và các mục đích hợp pháp khác như được mô tả trong Thông báo này. Hoạt động trao đổi thông tin y tế giúp cải thiện chất lượng của dịch vụ chăm sóc bệnh nhân và giảm bớt chi phí. Quý vị có thể biết thêm thông tin về các thỏa thuận trao đổi thông tin y tế của chúng tôi, bao gồm thông tin liên quan đến việc quý vị có thể từ chối những hoạt động trao đổi như vậy bằng cách liên hệ với đại diện bộ phận Dịch vụ Quản lý Thông tin Y tế (Health Information Management Services, HIMS) của COH tại địa điểm dịch vụ COH của quý vị.

• Nhằm mục đích thanh toán

Nếu quý vị có bảo hiểm y tế và chúng tôi lập hóa đơn trực tiếp cho bảo hiểm của quý vị, chúng tôi sẽ phải đưa vào thông tin định danh quý vị cũng như kết quả chẩn đoán, thủ thuật và nguồn tiếp liệu đã sử dụng để được thanh toán cho dịch vụ điều trị mà chúng tôi đã cung cấp. Ví dụ, chúng tôi có thể cần cung cấp cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị thông tin về phẫu thuật mà quý vị đã nhận được tại COH để chương trình bảo hiểm y tế sẽ thanh toán cho chúng tôi hoặc bồi hoàn chi phí phẫu thuật cho quý vị.

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Chúng tôi cũng có thể thông báo cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị về phương pháp điều trị mà quý vị sẽ nhận được để có được sự chấp thuận trước hoặc để xác định liệu chương trình của quý vị có đài thọ chi phí điều trị hay không. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ PHI của quý vị cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc các tổ chức tuân theo Đạo luật về trách nhiệm giải trình và cung cấp thông tin bảo hiểm y tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) có thể cần PHI của quý vị cho các hoạt động thanh toán của họ.

• Để tiến hành các hoạt động chăm sóc sức khỏe

Chúng tôi sẽ sử dụng PHI của quý vị để hỗ trợ vận hành các hoạt động của chúng tôi. PHI của quý vị có thể được COH lưu trữ để tiến hành các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Với vai trò là một trung tâm y tế học thuật tham gia vào hoạt động giáo dục và nghiên cứu y tế, chúng tôi có thể sử dụng thông tin của quý vị để giảng dạy và đào tạo nhân viên cũng như sinh viên về dịch vụ chăm sóc bệnh nhân. Chúng tôi có thể sử dụng PHI của quý vị để giám sát dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhằm mục đích đánh giá và cải tiến chất lượng. Chúng tôi có thể sử dụng PHI của quý vị để gửi khảo sát dành cho bệnh nhân và sử dụng những phản hồi có được từ các khảo sát đó để cải thiện hoạt động và dịch vụ chăm sóc bệnh nhân của mình. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ PHI của quý vị cho các tổ chức khác tuân theo HIPAA mà đã cung cấp dịch vụ cho quý vị để họ có thể cải thiện chất lượng và hiệu quả của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà họ cung cấp. Chúng tôi có thể sử dụng PHI của quý vị để tạo dữ liệu đã được hủy định danh, loại dữ liệu mà đã được xóa dữ liệu có thể định danh, không còn định danh được quý vị và không được bảo vệ theo HIPAA. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ dữ liệu đã được hủy định danh cho các mục đích khác nhau bao gồm các mục đích về nghiên cứu để phát triển các phương pháp điều trị mới và cho các mục đích có thể mang lại lợi ích tài chính cho chúng tôi.

• Để thực hiện các hoạt động gây quỹ

Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin giới hạn về quý vị (chẳng hạn như tên, địa chỉ, số điện thoại, ngày quý vị nhận dịch vụ và các thông tin giới hạn khác) cho tổ chức từ thiện của chúng tôi đang gây quỹ thay mặt cho COH và bất kỳ quỹ tài trợ cho tổ chức nào của COH. Việc tiết lộ thông tin giới hạn này cho phép họ liên hệ với quý vị trong nỗ lực gây quỹ để mở rộng và hỗ trợ dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà chúng tôi mang đến, các chương trình giáo dục chúng tôi cung cấp cho cộng đồng và nghiên cứu chúng tôi tiến hành để tìm ra phương pháp chữa trị cho các bệnh nguy hiểm đến tính mạng. Quý vị có quyền từ chối nhận những thông tin trao đổi mang tính chất này.

• Phục vụ cho danh mục bệnh nhân

Khi quý vị nhập viện với tư cách bệnh nhân nội trú, trong một ca phẫu thuật ngoại trú hoặc cơ sở quan sát tại COH, chúng tôi sẽ đưa một số thông tin giới hạn về quý vị - tên, địa điểm, tình trạng chung (ví dụ: khá, ổn định, v.v.) và tín ngưỡng tôn giáo của quý vị - vào Danh mục bệnh nhân của chúng tôi. Thông tin này được tiết lộ để gia đình, bạn bè và giáo sĩ có thể đến thăm quý vị và biết tình trạng sức khỏe chung của quý vị. Trong quá trình nhập viện, quý vị sẽ có cơ hội để từ chối việc bao gồm thông tin của mình trong Danh bạ bệnh nhân của chúng tôi. Trừ khi quý vị yêu cầu cụ thể về điều ngược lại, thông tin trong Danh mục bệnh nhân, ngoại trừ tín ngưỡng tôn giáo của quý vị, sẽ được cung cấp cho những người yêu cầu thông tin về quý vị theo tên. Thông tin về tín ngưỡng tôn giáo của quý vị có thể được trao cho một thành viên của giới tăng lữ, chẳng hạn như linh mục hoặc thầy đạo, ngay cả khi họ không yêu cầu thông tin về quý vị theo tên. Nếu quý vị không muốn chúng tôi tiết lộ thông tin định danh chung này về mình từ Danh mục bệnh nhân, vui lòng thông báo cho Đại diện tiếp nhận của COH khi đăng ký hoặc bất kỳ lúc nào trong thời gian quý vị nhập viện.

• Để thông báo cho những cá nhân liên quan đến dịch vụ chăm sóc hoặc việc thanh toán cho

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

dịch vụ chăm sóc của quý vị; Phục vụ mục đích cứu trợ thiên tai

Trừ khi quý vị phản đối, chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị cho thành viên gia đình, người thân khác, bạn bè hoặc bất kỳ người nào khác được quý vị xác định có liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị hoặc người hỗ trợ thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Trong trường hợp cấp cứu hoặc trong trường hợp quý vị không đủ năng lực, chúng tôi có thể thực hiện đánh giá chuyên môn để xác định liệu việc tiết lộ thông tin cho một người cụ thể có mang lại lợi ích tốt nhất cho quý vị hay không. Chúng tôi sẽ chỉ tiết lộ những thông tin mình tin rằng có liên quan trực tiếp đến sự tham gia của người đó vào dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Ngoài ra, chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho một tổ chức hỗ trợ cứu trợ thiên tai để gia đình quý vị có thể được thông báo về tình trạng, trạng thái và địa điểm của quý vị.

• **Nhằm mục đích nghiên cứu**

Chúng tôi có thể sử dụng PHI của quý vị cho các dự án nghiên cứu. Tất cả các dự án nghiên cứu liên quan đến PHI đều phải tuân theo quy trình chấp thuận đặc biệt do Hội đồng Duyệt xét Định chế (Institutional Review Board, "IRB") tiến hành để đảm bảo việc truy cập và sử dụng thông tin của quý vị theo cách thích hợp. Trừ khi IRB cấp giấy miễn yêu cầu về phiếu chấp thuận và mẫu đơn cho phép, chúng tôi sẽ yêu cầu văn bản cho phép của quý vị ("phiếu chấp thuận" và "mẫu đơn cho phép") trước khi nghiên cứu viên có quyền truy cập tên, địa chỉ hoặc thông tin khác tiết lộ danh tính của quý vị. Trong một số trường hợp cụ thể, trước khi bắt đầu nghiên cứu hoặc trước khi quý vị ghi danh trở thành một đối tượng tham gia nghiên cứu, PHI của quý vị có thể được tiết lộ mà không cần có phiếu chấp thuận và mẫu đơn cho phép của quý vị. Điều này sẽ được thực hiện một cách giới hạn, tuân thủ theo luật pháp và là một phần trong nhiệm vụ nghiên cứu của COH. Ví dụ: chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế giới hạn về quý vị cho những người đang chuẩn bị dự án nghiên cứu mới – nhằm giúp họ tìm kiếm bệnh nhân mắc các bệnh trạng cụ thể và/hoặc để đánh giá tính khả thi của ý tưởng nghiên cứu (tuyển dụng đối tượng và đánh giá chuẩn bị cho nghiên cứu).

• **Phục vụ đối tác kinh doanh.**

Chúng tôi có thể ký hợp đồng với các bên thứ ba để thực hiện một số dịch vụ cho chúng tôi chẳng hạn như dịch vụ lập hóa đơn, dịch vụ sao chép hoặc dịch vụ tư vấn. Các nhà cung cấp dịch vụ bên thứ ba này, được gọi là Đối tác kinh doanh, có thể cần truy cập PHI của quý vị để thực hiện dịch vụ cho chúng tôi. Họ phải bảo vệ PHI của quý vị theo quy định của hợp đồng và pháp luật và chỉ sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị khi cần thiết để thực hiện dịch vụ cho chúng tôi.

Các mục đích sử dụng khác khi được yêu cầu hoặc được phép theo pháp luật:

• **Luật pháp yêu cầu** - Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị khi luật pháp liên bang, tiểu bang hoặc địa phương yêu cầu chúng tôi làm như vậy.

• **Hoạt động y tế công cộng** - Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho các hoạt động y tế công cộng được phép, chẳng hạn như để ngăn ngừa hoặc kiểm soát bệnh tật, thương tích hoặc tình trạng khuyết tật; để báo cáo thông tin về các sản phẩm và dịch vụ theo yêu cầu hoặc được phép của Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ; báo cáo cho chủ sử dụng lao động của quý vị theo yêu cầu của luật pháp về các bệnh tật và thương tích liên quan đến công việc hoặc giám sát y tế tại nơi làm việc.

• **Nạn nhân của tình trạng lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình** - Nếu chúng tôi có lý do hợp lý để cho rằng quý vị là nạn nhân của tình trạng lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình, chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho cơ quan chính phủ, bao gồm cơ quan dịch vụ xã hội hoặc dịch vụ bảo vệ, được pháp luật cho phép để nhận các báo cáo về lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình trên, nếu quý vị đã đồng ý hoặc nếu luật pháp cho phép hoặc yêu cầu các báo cáo đó và chúng tôi cho rằng chúng là cần thiết để ngăn chặn tổn hại nghiêm trọng cho quý vị hoặc những người khác.

• **Hoạt động giám sát sức khỏe** - Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho cơ quan giám sát sức

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

khỏe chịu trách nhiệm đảm bảo tuân thủ các quy tắc của các chương trình bảo hiểm y tế của chính phủ, chẳng hạn như Medicare hoặc Medicaid.

- **Tổ tụng tư pháp và hành chính** - Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị trong quá trình tổ tụng tư pháp hoặc hành chính để đáp ứng: (a) lệnh của tòa án, (b) lệnh có giá trị pháp lý do cơ quan hành chính hoặc hội đồng cấp phép của tiểu bang hoặc liên bang ban hành và (c) trát đòi hầu tòa, yêu cầu điều tra hoặc tuân thủ quy trình hợp pháp khác theo luật pháp hiện hành.
- **Cán bộ thực thi pháp luật** - Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho cảnh sát hoặc các cán bộ thực thi pháp luật khác trong một số trường hợp giới hạn, cụ thể hoặc theo lệnh của tòa án hoặc quy trình pháp lý khác theo luật pháp hiện hành.
- **Người quá cố** - Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của người quá cố cho nhân viên điều tra cái chết bất thường, giám định viên y tế hoặc người hộ tang để họ có thể thực hiện các nhiệm vụ của mình.
- **Mua bán nội tạng & mô** - Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho các tổ chức tham gia mua bán, lập ngân hàng hoặc cấy ghép nội tạng, mắt hoặc mô của người đã mất nhằm mục đích tạo điều kiện thuận lợi cho việc hiến tặng và cấy ghép.
- **Sức khỏe hoặc sự an toàn** - Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị nhằm ngăn chặn hoặc giảm bớt mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe hoặc sự an toàn của một cá nhân hoặc cộng đồng.
- **Chức năng đặc biệt của chính phủ** - Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị cho các đơn vị của chính phủ có chức năng đặc biệt, chẳng hạn như quân đội Hoa Kỳ hoặc Bộ Ngoại giao Hoa Kỳ, trong một số trường hợp nhất định. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ PHI của quý vị cho một số cơ quan có thẩm quyền nếu quý vị bị cơ quan thực thi pháp luật quản thúc hoặc là tù nhân của một trại cải huấn.
- **Bồi thường cho người lao động** - Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị khi được cho phép và trong phạm vi cần thiết để tuân thủ luật pháp tiểu bang liên quan đến bồi thường cho người lao động hoặc các chương trình tương tự khác.
- **Lưu ý về các hạn chế khác** – Vui lòng lưu ý rằng luật pháp tiểu bang có thể áp đặt các yêu cầu khắt khe hơn về cách chúng tôi sử dụng và tiết lộ một số loại PHI so với HIPAA, ngay cả đối với các loại PHI không được coi là có tính chất nhạy cảm cao. Trong phạm vi có các yêu cầu hoặc hạn chế nghiêm ngặt hơn, chúng tôi sẽ chỉ sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị khi được phép theo các yêu cầu nghiêm ngặt hơn đó.

III. Việc sử dụng và tiết lộ cần có sự cho phép bằng văn bản của quý vị

● **Việc sử dụng hoặc tiết lộ với sự cho phép bằng văn bản của quý vị (Cho phép COH)**

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị chỉ khi có văn bản cho phép của quý vị đối với bất kỳ mục đích nào ngoài các mục đích được mô tả trong Thông báo này. Nếu quý vị ký vào mẫu cho phép tiết lộ thông tin, ngoại trừ phạm vi chúng tôi đã sử dụng và tiết lộ, quý vị có thể thu hồi mẫu cho phép sau đó để dừng mọi hành vi sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị trong tương lai. Nếu muốn thu hồi sự cho phép trước, quý vị phải làm như vậy bằng văn bản trực tiếp gửi đến: Health Information Management Services (HIMS), City of Hope, 1500 East Duarte Rd., Duarte, CA 91010 hoặc tại bất kỳ sở dịch vụ nào của COH.

● **Việc sử dụng và tiết lộ thông tin có tính bảo mật cao của quý vị**

Luật của liên bang và tiểu bang yêu cầu các biện pháp bảo vệ quyền riêng tư đặc biệt cho một số thông tin có tính nhạy cảm cao về quý vị chẳng hạn như thông tin về HIV hoặc thông tin liên quan đến việc điều trị bệnh tâm thần hoặc lạm dụng ma túy hoặc rượu/bia (“Thông tin có tính bảo mật cao”). Chúng tôi tuân thủ tất cả các luật pháp hiện hành của liên bang và tiểu bang chi phối việc sử dụng và tiết lộ Thông tin có tính bảo mật cao. Chúng tôi sẽ thu thập cho phép bằng văn bản của quý vị để sử dụng và tiết lộ thông tin này,

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

bao gồm các ghi chú trị liệu tâm lý, khi luật pháp đó yêu cầu như vậy.

• **Việc sử dụng và tiết lộ đối với mục đích tiếp thị hoặc bán thông tin**

Với các trường hợp ngoại lệ giới hạn do luật liên bang và tiểu bang quy định, COH sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị cho các mục đích tiếp thị hoặc để đổi lấy thù lao mà không có sự cho phép trước bằng văn bản của quý vị.

IV. Các quyền của quý vị về thông tin sức khỏe cá nhân của mình

Quý vị có những quyền sau liên quan đến việc sử dụng và tiết lộ PHI mà chúng tôi lưu giữ về quý vị:

• **Quyền yêu cầu hạn chế đối với việc tiết lộ/sử dụng**

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hạn chế sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị cho các hoạt động điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe. Quý vị cũng có quyền yêu cầu chúng tôi hạn chế tiết lộ PHI cho người liên quan đến dịch vụ chăm sóc hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc đó chẳng hạn như thành viên gia đình hoặc bạn bè. Mặc dù chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận tất cả các yêu cầu đối với các hạn chế này, nhưng chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý đối với hạn chế được yêu cầu, ngoại trừ các hạn chế được yêu cầu đối với việc tiết lộ PHI của quý vị cho một chương trình bảo hiểm y tế vì mục đích thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe nếu PHI chỉ liên quan đến dịch vụ mà quý vị đã tự chi trả toàn bộ, trừ khi luật pháp yêu cầu tiết lộ. Nếu quý vị muốn yêu cầu các hạn chế bổ sung, vui lòng lấy, hoàn thành và gửi *Mẫu yêu cầu hạn chế sử dụng và tiết lộ PHI* tới đại diện HIMS tại địa điểm dịch vụ COH của quý vị. COH sẽ gửi cho quý vị một văn bản trả lời đồng ý hoặc từ chối yêu cầu của quý vị.

• **Quyền yêu cầu thông tin trao đổi bảo mật/Cách chúng tôi trao đổi thông tin với quý vị.** Quý vị có thể yêu cầu và chúng tôi sẽ đáp ứng mọi yêu cầu hợp lý đối với việc nhận PHI của quý vị bằng các phương thức liên lạc thay thế hoặc tại những địa điểm khác. Ví dụ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi chỉ liên lạc với quý vị tại nơi làm việc hoặc qua đường bưu điện. Quý vị phải gửi yêu cầu của mình đến: Privacy Office, City of Hope, 1500 East Duarte Road, Duarte, CA 91010 hoặc gửi email đến địa chỉ PrivacyOffice@coh.org.

• **Thông báo đặc biệt về e-mail, tin nhắn văn bản và cổng thông tin dành cho bệnh nhân của chúng tôi:**

Quý vị có thể thấy thuận tiện khi liên lạc qua email với COH, bao gồm thành viên của nhóm điều trị của quý vị. Mặc dù chúng tôi có thể trao đổi thông tin với quý vị bằng e-mail nếu quý vị yêu cầu hoặc nếu quý vị bắt đầu trao đổi thông tin bằng e-mail với chúng tôi, vui lòng lưu ý rằng thông tin trao đổi qua email và tin nhắn văn bản tiêu chuẩn không được mã hóa và không an toàn. COH không thể bảo vệ quyền bảo mật PHI của quý vị trong khi PHI được gửi qua Internet hoặc qua tin nhắn văn bản và không thể ngăn chặn hành vi chuyển tiếp PHI của quý vị cho các bên thứ ba sau khi PHI đã được gửi đi. Để liên lạc với chúng tôi theo cách vừa thuận tiện và bảo mật, chúng tôi đã triển khai cổng thông tin dành cho bệnh nhân, MyCityofHope để cho phép quý vị yêu cầu cuộc hẹn, theo dõi kết quả xét nghiệm, liên lạc với nhóm chăm sóc của quý vị, thanh toán hóa đơn trực tuyến và nhiều tiện ích khác theo cách bảo mật. Chúng tôi khuyến khích quý vị sử dụng MyCityofHope, thay vì email để liên lạc với chúng tôi, để chúng tôi có thể đảm bảo giữ cho thông tin liên lạc như vậy được bảo mật và an toàn. Để biết thông tin về cách sử dụng MyCityofHope, vui lòng truy cập trang Những câu hỏi thường gặp (Frequently Asked Questions, FAQ) về MyCityofHope tại địa chỉ: <https://www.cityofhope.org/patients/for-patients-and-visitors/online-services/mycityofhope-faqs> hoặc liên hệ với một thành viên trong nhóm điều trị của quý vị.

• **Quyền truy cập hồ sơ COH của quý vị**

Quý vị có quyền xem hoặc yêu cầu bản sao hồ sơ y tế, hồ sơ lập hóa đơn và một số loại PHI khác được COH lưu trữ. Quý vị phải yêu cầu bằng văn bản hoặc sử dụng mẫu *Cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin y tế được bảo vệ* mà COH đã tạo để quý vị có thể yêu cầu tiếp cận PHI của mình theo cách thuận tiện. Quý vị có thể lấy mẫu này từ bất kỳ địa điểm cung cấp dịch vụ COH nào hoặc bằng cách gọi cho đại diện HIMS

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THÔNG BÁO VỀ THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ – NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

của địa điểm cung cấp dịch vụ COH của quý vị. Quý vị có thể gửi yêu cầu đã điền đầy đủ tới: địa điểm cung cấp dịch vụ COH của quý vị hoặc thông qua email tới DL-HIMS_SUPPORT_ROI@COH.ORG. Quý vị cũng có thể yêu cầu tiếp cận PHI của mình thông qua cổng thông tin dành cho bệnh nhân MyCityofHope. Để biết thêm thông tin về MyCityofHope, vui lòng truy cập trang FAQ về MyCityofHope tại địa chỉ <https://www.cityofhope.org/patients/for-patients-and-visitors/online-services/mycityofhope-faqs> Quý vị có thể bị tính một khoản phí hợp lý, dựa trên chi phí cho các bản sao được cung cấp, theo cách pháp luật cho phép. Chúng tôi cũng có thể tính bưu phí, nếu quý vị yêu cầu chúng tôi gửi bản sao qua đường bưu điện cho quý vị.

Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp PHI theo yêu cầu cho quý vị hoặc một người khác do quý vị chỉ định. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi cung cấp PHI của mình cho một người khác do quý vị chỉ định, quý vị phải xác định rõ bằng văn bản người được chỉ định và địa chỉ chúng tôi sẽ gửi bản sao PHI của quý vị và ký vào giấy yêu cầu của mình.

Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu kiểm tra và sao chép của quý vị trong một số trường hợp rất hạn chế. Nếu quý vị bị từ chối quyền tiếp cận thông tin y tế, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại quyết định từ chối đó.

• Quyền sửa đổi hồ sơ COH của quý vị

Nếu quý vị cho rằng thông tin trong hồ sơ y tế của mình không chính xác hoặc không đầy đủ, quý vị có quyền yêu cầu, bằng văn bản, để chúng tôi sửa đổi hồ sơ y tế của quý vị. Quý vị có thể gửi yêu cầu có chữ ký của mình cho đại diện HIMS tại địa điểm cung cấp dịch vụ của COH cho quý vị. Mẫu yêu cầu đối với mục đích này có sẵn trên trang web của City of Hope hoặc bất kỳ địa điểm cung cấp dịch vụ nào của COH. Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị, nhưng sẽ cung cấp cho quý vị văn bản giải trình và quý vị có thể kháng cáo bằng văn bản với chúng tôi. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu sửa đổi hồ sơ của quý vị, chúng tôi có thể thêm bản sao yêu cầu của quý vị vào hồ sơ nếu quý vị yêu cầu chúng tôi lưu giữ.

Nếu chi ở CALIFORNIA: Quý vị cũng có quyền yêu cầu chúng tôi thêm phụ lục vào hồ sơ của quý vị, có thể được thêm tối đa 250 từ cho mỗi mục mà quý vị cho rằng không chính xác hoặc không đầy đủ. Vui lòng lấy mẫu đối với mục đích này từ bất kỳ địa điểm cung cấp dịch vụ nào của COH. Quý vị có thể gửi yêu cầu có chữ ký của mình tới đại diện HIMS tại địa điểm cung cấp dịch vụ COH của quý vị.

• Quyền được giải trình về việc tiết lộ thông tin

Sau khi yêu cầu, quý vị có thể nhận được danh sách (còn được gọi là "bản giải trình") cho một số trường hợp COH tiết lộ PHI của quý vị trong bất kỳ thời điểm nào trước ngày yêu cầu của quý vị, miễn là: (a) khoảng thời gian đó không vượt quá sáu năm; và (b) việc tiết lộ được thực hiện cho mục đích điều trị, thanh toán, vận hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe và một số mục đích khác sẽ không được bao gồm. Để yêu cầu bản giải trình, vui lòng lấy và gửi mẫu *Yêu cầu bản giải trình* có chữ ký của quý vị từ bất kỳ địa điểm cung cấp dịch vụ nào của COH.

Bản giải trình đầu tiên mà quý vị yêu cầu trong vòng 12 tháng là miễn phí. Đối với (các) bản giải trình tiếp theo, chúng tôi có thể tính phí cung cấp (các) bản giải trình cho quý vị. Chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị chi phí liên quan; quý vị có thể chọn rút lại yêu cầu tại thời điểm trước khi phát sinh bất kỳ chi phí nào.

• Quyền đòi với bản sao dạng giấy của thông báo này

Theo yêu cầu, quý vị có thể nhận được một bản sao dạng giấy của Thông báo này, ngay cả khi trước đó quý vị đã đồng ý nhận Thông báo này bằng phương thức điện tử. Để có được bản sao dạng giấy của Thông báo này, vui lòng liên lạc với Nhân viên hỗ trợ bệnh nhân, theo số (626) 256-4673, số máy lẻ 82285. Quý vị cũng có thể có được bản sao dạng giấy tại cơ sở của COH nơi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

● **Quyền được biết thêm thông tin; khiếu nại**

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về quyền riêng tư của mình, lo ngại rằng chúng tôi đã vi phạm quyền riêng tư của quý vị hoặc không đồng ý với quyết định mà chúng tôi đưa ra về yêu cầu thực hiện một trong các quyền riêng tư của quý vị, bao gồm quyền truy cập hoặc sửa đổi PHI của quý vị, thì quý vị có thể liên hệ với Văn phòng Quyền riêng tư của COH tại City of Hope, 1500 East Duarte Road, Duarte, CA 91010, qua email tới PrivacyOffice@coh.org, hoặc qua điện thoại theo số (626) 218-9962. Quý vị cũng có thể gửi văn bản khiếu nại tới Bộ trưởng Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ theo địa chỉ:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
Điện thoại: 1-202-619-0257
Số điện thoại miễn phí: 1-877-696-6775
<https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

Chúng tôi sẽ không trả đũa hoặc hành động chống lại quý vị nếu quý vị nộp đơn khiếu nại với COH hoặc Bộ trưởng.

V. Không phân biệt đối xử

Quý vị cũng có thể gửi khiếu nại về dân quyền lên Văn phòng Dân Quyền thuộc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, bằng phương thức trực tuyến qua Cổng thông tin khiếu nại của Văn phòng Dân Quyền, tại: <https://ocr.portal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc gửi qua đường bưu điện hoặc gọi điện thoại theo:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Mẫu khiếu nại có tại: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

VI. Ngày có hiệu lực và những thay đổi đối với thông báo này

Thông báo này có hiệu lực từ ngày 14 tháng 04 năm 2003. Chúng tôi có quyền thay đổi nội dung của Thông báo này vào bất kỳ lúc nào. Nếu chúng tôi thay đổi nội dung của Thông báo này, chúng tôi có thể để điều khoản mới của Thông báo có hiệu lực cho tất cả PHI của quý vị mà chúng tôi đã có cũng như mọi thông tin chúng tôi có thể nhận được trong tương lai. Nếu chúng tôi thay đổi nội dung của Thông báo này, chúng tôi sẽ đăng tải Thông báo mới tại COH và trên Trang web trên internet tại địa chỉ www.cityofhope.org. Ngoài ra, mỗi lần quý vị đăng ký hoặc được tiếp nhận vào COH để điều trị hoặc nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe nội trú hoặc ngoại trú hoặc bất kỳ lúc nào khác, quý vị có thể yêu cầu bản sao của Thông báo hiện có hiệu lực.

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES