



MISSISSIPPI STATE DEPARTMENT OF HEALTH

THÔNG BÁO VỀ THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ ĐỐI VỚI THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Ngày Có Hiệu Lực Ban Đầu: Ngày 29 tháng 05 năm 2007
Ngày Có Hiệu Lực Được Sửa Đổi: Ngày 27 tháng 01 năm 2021

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH THỨC THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ, VÀ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TRUY CẬP VÀO CÁC THÔNG TIN NÀY. XIN VUI LÒNG XEM XÉT CẨN THẬN THÔNG BÁO DƯỚI ĐÂY.

Si necesita esta información en español, consulte a su proveedor de MSDH o llame 1-866-458-4948 o comuníquese con su oficina local de MSDH. Información de contacto de las oficinas esta localizado en el sitio web de MSDH www.msdh.ms.gov.

Sở Y Tế Bang Mississippi (Mississippi State Department of Health, **MSDH**) được pháp luật yêu cầu phải duy trì tính riêng tư của Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (Protected Health Information, **PHI**) của quý vị. MSDH có thể nhận được PHI từ quý vị khi quý vị đến một trong các phòng khám của chúng tôi bằng cách tạo hồ sơ dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ khác mà quý vị tiếp nhận. PHI có thể bao gồm tên, địa chỉ, ngày sinh, số điện thoại, số An Sinh Xã Hội và thông tin y tế của quý vị. Thông tin này là một phần của hồ sơ y tế của quý vị mà MSDH lưu trữ và tạo hồ sơ trên máy tính. MSDH được pháp luật yêu cầu phải cung cấp cho quý vị Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư (Thông Báo) này mô tả các nghĩa vụ pháp lý và các biện pháp thực hành về quyền riêng tư liên quan đến PHI của quý vị.

MSDH Có Thể Sử Dụng Hoặc Tiết Lộ Các Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của Quý Vị Như Thế Nào

MSDH có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị vì nhiều lý do khác nhau, bao gồm nhằm cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc toàn diện và chất lượng cũng như tuân thủ các yêu cầu của bang và liên bang. Để thực hiện các nhiệm vụ này, MSDH có thể ký hợp đồng với những bên khác ngoài cơ quan để sử dụng một số dịch vụ. Khi điều này được thực hiện, luật pháp và MSDH yêu cầu công ty đó, được gọi là “đối tác kinh doanh”, phải tuân thủ luật pháp giống như cách MSDH tuân thủ và giữ tất cả các PHI của quý vị an toàn và riêng tư.

MSDH có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị để phục vụ các mục đích sau:

1. **Điều trị.** MSDH có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI về quý vị để cung cấp cho quý vị việc điều trị hoặc các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. MSDH có thể chia sẻ PHI về quý vị từ một phòng khám của sở y tế này cho một phòng khám khác, cho các bác sĩ, y tá, kỹ thuật viên, sinh viên y khoa, hoặc các nhân viên khác có liên quan đến dịch vụ chăm sóc của quý vị để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Ví dụ: một bệnh nhân MSDH có thể nhận được dịch vụ chăm sóc trước khi sinh tại một bệnh viện của sở y tế địa phương và sau đó sinh con tại một bệnh viện trong khu vực. Hồ sơ y tế của bệnh nhân sẽ được gửi đến bệnh viện thích hợp trước khi sinh nhằm đảm bảo kết quả y tế tốt nhất cho cả mẹ và

bé.

2. Thanh toán. MSDH có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI về quý vị để nhận khoản thanh toán cho các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Ví dụ: MSDH có thể chia sẻ PHI của quý vị để yêu cầu thanh toán và nhận thanh toán từ công ty bảo hiểm y tế của quý vị hoặc một công ty khác thu xếp hoặc thanh toán chi phí cho một số hoặc toàn bộ dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, để xác minh rằng Bên Thanh Toán của quý vị sẽ chi trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị không phải là người đứng tên hợp đồng bảo hiểm, xin lưu ý rằng một số thông tin nhất định có thể được hãng bảo hiểm tiết lộ cho người đứng tên hợp đồng bảo hiểm.

3. Các hoạt động chăm sóc sức khỏe. MSDH có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI về quý vị cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe của chúng tôi, bao gồm quản trị và lập kế hoạch nội bộ cùng các hoạt động khác nhau nhằm cải thiện chất lượng và tính hiệu quả về chi phí của dịch vụ chăm sóc mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Ví dụ: chúng tôi có thể sử dụng PHI của quý vị để đánh giá chất lượng và năng lực của các bác sĩ, y tá, và nhân viên chăm sóc sức khỏe khác. Chúng tôi có thể chia sẻ PHI của quý vị với nhân viên hành chính của chúng tôi để tiến hành xem xét y tế, đánh giá nhu cầu, và kiểm tra việc kiểm soát chất lượng đối với các dịch vụ hiện có.

4. Thông báo và thông tin liên lạc với gia đình. MSDH có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị để thông báo với một thành viên gia đình, người đại diện cá nhân của quý vị, hoặc người khác chịu trách nhiệm đối với việc chăm sóc của quý vị về nơi quý vị đang ở, tình trạng chung của quý vị, hoặc nếu quý vị qua đời. Nếu quý vị có khả năng và có thể đồng ý hoặc phản đối, MSDH sẽ cho quý vị cơ hội phản đối trước khi đưa ra thông báo này. Nếu quý vị không có khả năng hoặc không thể đồng ý hoặc phản đối hoặc trong trường hợp khẩn cấp hoặc cứu trợ thảm họa, MSDH sẽ đưa ra phán đoán tốt nhất của mình về thông báo với gia đình của quý vị và những người khác hay không. Nếu quý vị qua đời, MSDH có thể tiết lộ cho một thành viên gia đình, một người đại diện cá nhân, hoặc một người khác có liên quan đến dịch vụ chăm sóc hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe trước khi quý vị qua đời, về PHI của quý vị có liên quan đến sự tham gia của người đó, trừ khi việc làm vậy mâu thuẫn với bất kỳ mong muốn nào quý vị đã biểu đạt trước đó mà MSDH được biết.

5. Yêu cầu theo luật. MSDH có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị khi được yêu cầu theo luật pháp liên bang, bang và địa phương hoặc theo lệnh của tòa án.

6. Các hoạt động y tế công cộng. Khi được yêu cầu hoặc cho phép theo luật pháp, MSDH có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị cho các hoạt động y tế công cộng, như: phòng ngừa hoặc kiểm soát bệnh truyền nhiễm, thương tích, hoặc khuyết tật; báo cáo về số người mới sinh và tử vong; báo cáo cho Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm các vấn đề về sản phẩm và phản ứng đối với thuốc; và báo cáo về dịch bệnh hoặc tình trạng phơi nhiễm.

7. Hoạt động giám sát sức khỏe. MSDH có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị với các cơ quan y tế trong quá trình kiểm toán, điều tra, thanh tra, cấp phép và các thủ tục khác.

8. Các thủ tục tố tụng tư pháp và hành chính. MSDH có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị trong quá trình thực hiện bất kỳ thủ tục tố tụng hành chính hoặc tư pháp nào trong các trường hợp nhất định chẳng hạn như để thực hiện các lệnh hoặc trật hầu tòa.

9. Các cơ quan hành pháp và các cơ quan chính phủ. MSDH có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị với quan chức hành pháp hoặc cơ quan chính phủ để phục vụ các mục đích như: xác định danh tính hoặc vị trí của nghi phạm, tội phạm bị truy nã, nhân chứng quan trọng, hoặc người mất tích; tuân thủ lệnh của tòa án, trật hầu tòa, hoặc thủ tục tương tự; báo cáo về các vết thương, vết bỏng, hoặc thương tích thể chất đáng ngờ; báo cáo về lạm dụng, bỏ bê trẻ em, hoặc bạo lực gia đình; và khi có liên quan đến nạn nhân của một hành vi tội ác.

10. **Thông tin của người đã mất.** MSDH có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị với các nhân viên điều tra cái chết bất thường, bác sĩ pháp y, và nhân viên tang lễ khi cần thiết để thực hiện nhiệm vụ của họ.

11. **Hiến tạng, mắt, hoặc mô.** MSDH có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị với các tổ chức liên quan đến việc thu hoạch, lưu giữ trong ngân hàng hoặc cấy ghép nội tạng, mắt hoặc mô.

12. **Nghiên cứu.** MSDH có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị với các nhà nghiên cứu đang thực hiện nghiên cứu đã được MSDH phê duyệt.

13. **Sự an toàn của công chúng.** MSDH có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị với những người thích hợp để phòng ngừa hoặc giảm bớt mối đe dọa nghiêm trọng và cấp bách đối với sức khỏe hoặc sự an toàn của một cá nhân cụ thể hoặc của công chúng nói chung.

14. **Các chức năng chuyên biệt của chính phủ.** MSDH có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị cho quân đội, an ninh quốc gia, tổ chức cải huấn, quyền lợi của chính phủ, và các mục đích chuyên biệt khác của chính phủ.

15. **Bồi thường cho người lao động.** MSDH có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị khi cần thiết để tuân thủ các điều luật về bồi thường cho người lao động.

16. **Thư Nhắc Cuộc Hẹn và các quyền lợi liên quan đến sức khỏe.** MSDH có thể sử dụng PHI của quý vị để cung cấp các thư nhắc nhở cuộc hẹn hoặc gửi cho quý vị thông tin về kết quả xét nghiệm hoặc các phương án điều trị thay thế. Vui lòng cho chúng tôi biết nếu quý vị không muốn chúng tôi liên hệ với quý vị vì mục đích này hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi sử dụng một địa chỉ hoặc phương tiện khác để liên hệ với quý vị vì mục đích này.

17. **Chỉ dành cho thông tin chủng ngừa.** MSDH có thể chia sẻ PHI chỉ vì các mục đích chủng ngừa cho bệnh nhân, phụ huynh, người trông coi/người giám hộ hợp pháp, nhà cung cấp dịch vụ khác (tư nhân hoặc công cộng), trường học của bệnh nhân hoặc cơ sở chăm sóc ban ngày của bệnh nhân.

Khi Nào MSDH Không Thể Sử Dụng Hoặc Tiết Lộ Các Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của Quý Vị

Hầu hết việc sử dụng hoặc tiết lộ các **ghi chú tâm lý trị liệu**, sử dụng hoặc tiết lộ PHI vì **các mục đích tiếp thị**, và việc tiết lộ cấu thành **mua bán PHI** đều cần có sự cho phép bằng văn bản của quý vị.

Ngoại trừ những mục đích được mô tả trong Thông Báo này, MSDH sẽ không được phép sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị khi không được quý vị cho phép bằng văn bản. Nếu quý vị cho phép MSDH sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị theo những cách khác không được mô tả trong Thông Báo này, quý vị có thể rút lại việc cho phép của mình bằng văn bản vào bất cứ lúc nào. Tuy nhiên, việc thu hồi sự cho phép này của quý vị sẽ không có hiệu lực đối với các PHI mà MSDH đã sử dụng hoặc chia sẻ trước khi quý vị rút lại việc cho phép của mình.

MSDH được pháp luật yêu cầu phải thông báo cho quý vị nếu có phát sinh hành vi vi phạm đối với PHI không được bảo mật của quý vị.

Quyền Và Trách Nhiệm Của Bệnh Nhân

1. **Quý vị có quyền yêu cầu các hạn chế và/hoặc cho phép đối với một số trường hợp sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị.** Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu bất kỳ phần nào trong PHI của quý vị không được

tiết lộ cho các thành viên gia đình của quý vị hoặc những người khác có thể có liên quan đến dịch vụ chăm sóc của quý vị. MSDH không nhất thiết phải đồng ý với (các) hạn chế mà quý vị yêu cầu trừ khi điều đó liên quan đến việc liên lạc với chương trình bảo hiểm y tế đối với các dịch vụ mà quý vị đã thanh toán xong phần chi phí tự trả.

2. Quý vị có quyền yêu cầu MSDH bảo mật trong quá trình liên hệ với quý vị theo một cách thức nhất định hoặc tại một địa điểm nhất định. Ví dụ: quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi gửi thông tin cho quý vị tới một địa chỉ thay thế khác hoặc bằng các phương tiện thay thế khác. MSDH sẽ chấp thuận yêu cầu của quý vị nếu yêu cầu đó là hợp lý và quý vị cho rằng điều đó là cần thiết cho sự an toàn của chính mình. Quý vị sẽ được thông báo trước về bất kỳ khoản phí hoặc chi phí nào cho quy trình này.

3. Quý vị có quyền kiểm tra và nhận bản sao PHI của mình. MSDH có thể từ chối yêu cầu này theo luật pháp liên bang trong các trường hợp sau: yêu cầu về các ghi chú tâm lý trị liệu, thông tin được soạn ra để chuẩn bị cho, hoặc được sử dụng trong, một vụ kiện hoặc thủ tục tố tụng dân sự, hình sự, hoặc hành chính, và PHI phải tuân theo luật liên bang và/hoặc bang quy định về việc cấm truy cập thông tin đó. Ngoài ra, luật bang và liên bang cũng bảo vệ các hợp phần hồ sơ y tế của trẻ vị thành niên và chúng tôi sẽ không cung cấp các phần đó cho phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp.

Nếu yêu cầu được chấp thuận, có thể sẽ tính khoản phí hoặc chi phí. MSDH sẽ cố gắng hết sức để giảm thiểu chi phí cho bệnh nhân.

4. Quý vị có quyền yêu cầu MSDH thay đổi PHI trong hồ sơ của mình mà quý vị cho rằng không chính xác hoặc không đầy đủ. Nếu quý vị cho rằng có nhầm lẫn hoặc thiếu một phần thông tin quan trọng, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi sửa thông tin hiện có hoặc thêm thông tin bị thiếu. Quý vị phải lập văn bản yêu cầu và lý do có yêu cầu này. Chúng tôi sẽ trả lời trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ khi nhận được đơn yêu cầu của quý vị. Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị bằng văn bản nếu PHI (a) là chính xác và đầy đủ, (b) không do chúng tôi tạo ra, (c) không được phép tiết lộ, hoặc (d) không nằm trong các hồ sơ của chúng tôi. Văn bản từ chối của chúng tôi sẽ nêu rõ lý do từ chối và giải thích quyền của quý vị được nộp một văn bản tuyên bố không đồng ý với quyết định từ chối của chúng tôi. Nếu quý vị không nộp văn bản tuyên bố không đồng ý, thì quý vị có quyền yêu cầu rằng yêu cầu ban đầu của quý vị và văn bản từ chối của chúng tôi phải được đính kèm trong tất cả các tiết lộ PHI của quý vị trong tương lai. Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ thực hiện các thay đổi đối với PHI của quý vị, thông báo cho quý vị biết rằng chúng tôi đã thực hiện điều đó, và thông báo cho những người khác cần biết về thay đổi đối với PHI của quý vị.

5. Quý vị có quyền nhận được một danh sách các trường hợp tiết lộ về PHI của mình do MSDH thực hiện, ngoại trừ việc MSDH không nhất thiết phải đưa vào danh sách đó các trường hợp tiết lộ cho một số mục đích nhất định, bao gồm: việc điều trị, thanh toán, các hoạt động chăm sóc sức khỏe, thông tin cung cấp cho quý vị, một số chức năng của chính phủ, và một số mục đích hạn chế nhất định khác.

6. Quý vị có quyền yêu cầu một bản sao dạng giấy của Thông Báo này. Quý vị cũng có thể nhận được một bản sao của Thông Báo này trên trang web của MSDH tại www.msdh.ms.gov.

Những Thay Đổi Đối Với Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư Đây

MSDH có quyền thay đổi nội dung Thông Báo này bất kỳ lúc nào trong tương lai và làm điều khoản mới này có hiệu lực đối với tất cả thông tin được lưu trong hồ sơ, bao gồm cả thông tin được khởi tạo hoặc tiếp nhận trước ngày thay đổi nội dung đó. MSDH phải tuân thủ thông báo này cho đến khi thực hiện việc thay đổi như vậy. Nếu chúng tôi thay đổi Thông Báo này, chúng tôi sẽ đăng thông báo mới tại các khu vực đang chờ duyệt và trên trang web của chúng tôi tại www.msdh.ms.gov và cung cấp các bản sao khi quý vị có yêu cầu.

Khiếu nại

Nếu quý vị cho rằng các quyền riêng tư của mình được mô tả trong Thông Báo này đã bị vi phạm, quý vị có thể gửi khiếu nại tới:

Privacy Officer
Mississippi State Department of Health
570 East Woodrow Wilson
Suite O-450
P.O. Box 1700
Jackson, MS 39215-1700
(601) 576-7874

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại tới:
Regional Manager
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70
61 Forsyth Street, S.W.
Atlanta, GA 30303-8909
Số điện thoại miễn phí: (800) 368-1019
Thiết bị viễn thông dành cho người khiếm thính: (800) 537-7697

Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại, MSDH sẽ không tiến hành trả đũa quý vị theo bất kỳ hình thức nào.

Thắc mắc

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về Thông Báo này hoặc thực hành về quyền riêng tư của MSDH, hoặc nếu quý vị muốn sử dụng bất kỳ quyền riêng tư nào được giải thích trong Thông Báo này, vui lòng liên hệ với Văn Phòng Phụ Trách Quyền Riêng Tư của MSDH theo địa chỉ hoặc số điện thoại được nêu ở trên.

Để được hướng dẫn về cách nhận thông tin này bằng chữ nổi Braille, ngôn ngữ khác, hoặc các định dạng có sẵn khác, vui lòng yêu cầu nhà cung cấp MSDH của quý vị hoặc gọi số 1-866-458-4948 hoặc liên hệ với sở y tế quận tại địa phương của quý vị. Quý vị có thể tìm thấy thông tin liên hệ của những văn phòng này trên trang web của MSDH tại www.msdh.ms.gov

CẢNH BÁO VỀ HÌNH PHẠT:

Số An Sinh Xã Hội (SSN) phải được cung cấp hoặc áp dụng cho mỗi cá nhân được yêu cầu hỗ trợ. Số SSN sẽ được xác minh và sử dụng cho việc so khớp dữ liệu của Liên Bang và Bang, bao gồm nhưng không giới hạn ở các trường hợp không đủ tiêu chuẩn của chương trình và An Sinh Xã Hội. Pháp luật Bang và Liên Bang quy định phạt tiền, phạt tù hoặc cả hai đối với bất kỳ người nào phạm tội nhận hỗ trợ mà người đó không có quyền nhận bằng cách cố tình giấu giếm hoặc cung cấp thông tin sai lệch. Thông tin có thể được xác minh thông qua người bảo đảm khi phát hiện có khác biệt.

Sở Y Tế Bang Mississippi

CHỨNG THỰC ĐÃ NHẬN ĐƯỢC THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ ĐỐI VỚI THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư Đối Với Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ từ Sở Y Tế Bang Mississippi.

Tên Bệnh Nhân (Xin Viết Chữ In Hoa): _____

Tên Người Đại Diện Cá Nhân (nếu ký tên cho bệnh nhân) (Xin Viết Chữ In Hoa): _____

Chữ ký: _____ Ngày: _____

- ☐ Bệnh nhân
- ☐ Phụ Huynh hoặc Người Giám Hộ Của Bệnh Nhân Trẻ Vị Thành Niên
- ☐ Khác (*Nếu không có chữ ký của Phụ Huynh hoặc Người Giám Hộ của bệnh nhân trẻ vị thành niên, vui lòng cho biết mối quan hệ của quý vị với Bệnh Nhân và cung cấp bất kỳ tài liệu nào cần thiết để xác nhận quyền của quý vị có thể hành động thay mặt Bệnh Nhân*)

PHẦN DÀNH CHO NHÀ CUNG CẤP HOÀN THÀNH NẾU BỆNH NHÂN TỪ CHỐI KÝ BẢN CHỨNG THỰC NÀY:

_____ (tên nhà cung cấp dịch vụ) đã nỗ lực thiện chí để có được văn bản Chứng Thực Đã Nhận Được Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư từ _____ (tên bệnh nhân), nhưng người đó (hoặc người đại diện hoặc người giám hộ của họ) đã từ chối ký bản chứng thực này vì (các) lý do sau:

Tên Của Đại Diện Nhà Cung Cấp (Xin Viết Chữ In Hoa): _____

Chữ ký: _____ Ngày: _____