

Đăng Ký Bệnh Nhân

MRN _____

Thông Tin Bệnh Nhân			
Tên	Họ	Tên Đệm Viết Tắt	Tên Thường Gọi
Địa Chỉ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã ZIP
Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội (SSN)	Bác Sĩ Chăm Sóc Chính	
Tôn Giáo	Ngôn Ngữ Ưu Tiên	Cần Phiên Dịch Viên Có ☐ Không ☐	
Vui lòng chọn Số điện thoại chính	Số điện thoại di động ☐	Số điện thoại nhà ☐	Số điện thoại công việc ☐
Giới tính pháp lý ☐ Nữ ☐ Nam ☐ Phi nhị nguyên ☐ Không biết ☐ X	Bản dạng giới ☐ Không muốn trả lời ☐ Nữ ☐ Nam ☐ Phi nhị nguyên ☐ Khác ☐ Nữ chuyển giới ☐ Nam chuyển giới	Giới tính được xác định khi sinh ☐ Không muốn trả lời ☐ Nữ ☐ Nam ☐ Không ghi trên giấy khai sinh ☐ Không chắc chắn ☐ Không biết	Khuynh hướng tính dục ☐ Song tính ☐ Không muốn trả lời ☐ Không biết ☐ Đồng tính nam ☐ Đồng tính nữ ☐ Đa dạng giới hoặc Toàn tính luyến ái ☐ Khác ☐ Thẳng
Dân tộc ☐ Người Campuchia ☐ Người Trung Quốc ☐ Người Cuba ☐ Người Philippines ☐ Người Hàn Quốc ☐ Người gốc Mexico, người Mỹ gốc Mexico hoặc Chicano ☐ Không phải người gốc Tây Ban Nha ☐ Các nguồn gốc Hispanic, La-tinh hoặc Tây Ban Nha khác ☐ Bệnh nhân từ chối/không thể cung cấp ☐ Người Puerto Rico ☐ Người Việt Nam	Chủng tộc ☐ Người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa ☐ Người Châu Á ☐ Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi ☐ Nhiều hơn một chủng tộc ☐ Người Hawaii Bản Địa ☐ Khác ☐ Người Dân Đảo Thái Bình Dương ☐ Bệnh nhân từ chối/không thể cung cấp ☐ Người Da Trắng	Tình Trạng Hôn Nhân ☐ Đã kết hôn ☐ Độc thân ☐ Đã ly hôn ☐ Đã ly thân ☐ Góa ☐ Bạn Đời Sống Chung	Đại từ ☐ Anh/ông ☐ Cô/bà ☐ Khác ☐ Họ ☐ Không biết

Liên hệ với quý vị

MRN _____

Để liên lạc với quý vị về thông tin y tế, chúng tôi yêu cầu quý vị hoàn thành mẫu này, chỉ ra các cách tốt nhất để cung cấp thông tin bảo mật cho quý vị.

Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị qua thư, email, tin nhắn và/hoặc điện thoại.

Vui lòng đánh dấu tất cả các ô cho phép MemorialCare sử dụng cho các liên lạc của quý vị:

☐ Số điện thoại	Số điện thoại:
☐ Số điện thoại di động/Tin nhắn	Số điện thoại:
☐ Tin nhắn hộp thư thoại	Số điện thoại:
☐ Qua Email:	
☐ Qua Email (MyChart):	
☐ Thư Bưu Điện, Địa Chỉ:	

Vui lòng liệt kê bất kỳ người nào quý vị muốn có quyền truy cập vào thông tin thanh toán, lịch hẹn hoặc sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như cha mẹ, vợ/chồng, người chăm sóc hoặc thành viên gia đình khác. Chúng tôi sẽ yêu cầu sự đồng ý bổ sung trước khi công bố thông tin liên quan đến dịch vụ tâm thần và/hoặc kết quả xét nghiệm HIV.

Tên và Mối Quan Hệ	Số Điện Thoại	Tùy chọn	Liên Hệ Khẩn Cấp	CHỈ Dành Cho Bệnh Nhân Nhi Khoa
		☐ Thông Tin Thanh Toán ☐ Thông Tin Cuộc Hẹn ☐ Thông Tin Y Tế/Sức Khỏe	☐ Có ☐ Không	☐ Phụ Huynh/Người Giám Hộ ☐ Cùng hộ gia đình
		☐ Thông Tin Thanh Toán ☐ Thông Tin Cuộc Hẹn ☐ Thông Tin Y Tế/Sức Khỏe	☐ Có ☐ Không	☐ Phụ Huynh/Người Giám Hộ ☐ Cùng hộ gia đình
		☐ Thông Tin Thanh Toán ☐ Thông Tin Cuộc Hẹn ☐ Thông Tin Y Tế/Sức Khỏe	☐ Có ☐ Không	☐ Phụ Huynh/Người Giám Hộ ☐ Cùng hộ gia đình
		☐ Thông Tin Thanh Toán ☐ Thông Tin Cuộc Hẹn ☐ Thông Tin Y Tế/Sức Khỏe	☐ Có ☐ Không	☐ Phụ Huynh/Người Giám Hộ ☐ Cùng hộ gia đình

Yêu cầu này thay thế mọi yêu cầu trước đây về việc trao đổi thông tin mà tôi có thể đã đưa ra.

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm

Ngày

Tên Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm (Vui Lòng Viết In)

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân:

Chuyển Nhượng Phúc Lợi Bảo Hiểm/Chứng Nhận Đủ Điều Kiện

Chương Trình Bảo Hiểm Chính			
Tên Bệnh Nhân		Ngày Sinh	
Chương Trình Bảo Hiểm		Số Nhóm	Số ID Hội Viên
Địa Chỉ Yêu Cầu Bồi Thường Y Tế		Số Điện Thoại	
Tên Người Đứng Tên Hợp Đồng		Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân:	
Số An Sinh Xã Hội của Người Đứng Tên Hợp Đồng		Ngày Sinh của Người Đứng Tên Hợp Đồng	
Số Điện Thoại Người Đứng Tên Hợp Đồng		Số Điện Thoại của Chủ Lao Động	
Chủ Lao Động của Người Đứng Tên Hợp Đồng		Địa Chỉ Chủ Lao Động	
Chỉ Dành Cho Bệnh Nhân Medicare			
Số Yêu Cầu Bồi Thường Bảo Hiểm Y Tế	Ngày Hiệu Lực Phần A		Ngày Hiệu Lực Phần B
Các Bảo Hiểm Khác Dành Cho Bệnh Nhân			
Tên Bệnh Nhân		Ngày Sinh	
Chương Trình Bảo Hiểm		Số Nhóm	Số ID Hội Viên
Địa Chỉ Yêu Cầu Bồi Thường Y Tế		Số Điện Thoại	
Tên Người Đứng Tên Hợp Đồng		Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân:	
Số An Sinh Xã Hội của Người Đứng Tên Hợp Đồng		Ngày Sinh của Người Đứng Tên Hợp Đồng	
Số Điện Thoại Người Đứng Tên Hợp Đồng		Số Điện Thoại của Chủ Lao Động	
Chủ Lao Động của Người Đứng Tên Hợp Đồng		Địa Chỉ Chủ Lao Động	
Bên Chịu Trách Nhiệm Tài Chính (Chỉ Dành Cho Bệnh Nhân Nhi Khoa)			
Tên	Họ	Tên Đệm Viết Tắt	Ngày Sinh
Địa Chỉ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã ZIP
Vui lòng chọn Số điện thoại chính	Số điện thoại di động ☐	Số điện thoại nhà ☐	Số điện thoại công việc ☐
Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân:			

Thỏa Thuận Trách Nhiệm Tài Chính

MRN _____

Cảm ơn quý vị đã chọn chúng tôi làm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Chúng tôi cam kết cung cấp dịch vụ và chăm sóc chất lượng cho tất cả bệnh nhân. Dưới đây là tuyên bố về chính sách tài chính của chúng tôi, mà chúng tôi yêu cầu quý vị đọc và đồng ý trước khi thực hiện bất kỳ phương pháp điều trị nào.

- Tất cả bệnh nhân đều yêu cầu bằng chứng thanh toán và giấy tờ tùy thân có ảnh. Việc cung cấp bản sao thẻ bảo hiểm không xác nhận rằng bảo hiểm của quý vị vẫn còn hiệu lực, phúc lợi có sẵn hay các dịch vụ được cung cấp sẽ được công ty bảo hiểm chi trả. Quý vị có trách nhiệm cung cấp đầy đủ và chính xác thông tin về tất cả các loại bảo hiểm, bao gồm các gói bảo hiểm chính, thứ cấp và thứ ba.
- Quý vị có trách nhiệm biết rõ quyền lợi bảo hiểm của mình, bao gồm việc chúng tôi có phải là nhà cung cấp hợp đồng với công ty bảo hiểm của quý vị hay không, phúc lợi được bảo hiểm và bất kỳ loại trừ nào trong hợp đồng bảo hiểm của quý vị, cũng như các yêu cầu phê duyệt trước của công ty bảo hiểm. Quý vị có trách nhiệm cung cấp thông tin bảo hiểm chính xác và cập nhật, bao gồm bất kỳ cập nhật hoặc thay đổi nào trong phạm vi bảo hiểm. Nếu không cung cấp thông tin này, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm tài chính.
- Xin hiểu rằng thanh toán hóa đơn được xem là một phần của quá trình điều trị. Phí sẽ được thanh toán khi dịch vụ được cung cấp. Chúng tôi chấp nhận tiền mặt, séc, thẻ tín dụng và bảo hiểm đã được phê duyệt trước mà chúng tôi là nhà cung cấp ký hợp đồng. Việc tham gia Chương Trình Bảo Hiểm không đảm bảo đài thọ hoặc chi trả cho tất cả các dịch vụ đã cung cấp.
- Chúng tôi sẽ cố gắng xác nhận phạm vi bảo hiểm của quý vị trước khi điều trị; tuy nhiên, việc xác minh phúc lợi không đảm bảo chi phí. Công ty bảo hiểm của quý vị sẽ đưa ra quyết định cuối cùng về tư cách đủ điều kiện, phúc lợi, yêu cầu cấp phép, nhu cầu y tế và thanh toán cho các dịch vụ đã cung cấp.
- Nếu chúng tôi có hợp đồng với công ty bảo hiểm của quý vị, chúng tôi sẽ gửi hóa đơn cho công ty bảo hiểm trước, trừ đi các khoản đồng thanh toán hoặc khấu trừ, sau đó sẽ tính phí quý vị theo bất kỳ khoản nào được xác định là trách nhiệm của quý vị. Thời gian xử lý yêu cầu bồi thường sẽ khác nhau tùy theo công ty bảo hiểm và trường hợp yêu cầu bồi thường.
- Nếu chúng tôi không ký hợp đồng với công ty bảo hiểm của quý vị, quý vị sẽ phải thanh toán cho tất cả các dịch vụ đã cung cấp vào cuối buổi khám. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị một bản sao kê mà quý vị có thể nộp cho công ty bảo hiểm để được hoàn trả theo phúc lợi chương trình.
- Bất kỳ khoản phí dự tính nào được cung cấp trước khi cung cấp dịch vụ đều dựa trên thông tin có sẵn tại thời điểm đó và không đảm bảo số tiền cuối cùng phải trả.
- Quý vị chịu trách nhiệm thanh toán các dịch vụ bị loại trừ khỏi phúc lợi, không được bảo hiểm chi trả, hoặc bị công ty bảo hiểm từ chối trừ khi pháp luật hoặc nghĩa vụ hợp đồng cấm khác.
- Một số loại bảo hiểm có phúc lợi ngoài mạng lưới với phí đồng bảo hiểm, đồng thanh toán cao hơn và phúc lợi hàng năm giới hạn. Nếu bạn nhận dịch vụ theo phúc lợi ngoài mạng lưới, trách nhiệm tài chính của quý vị có thể cao hơn đáng kể so với phúc lợi trong mạng lưới do các khoản đồng thanh toán cao hơn, đồng bảo hiểm, khấu trừ, phúc lợi giới hạn hoặc giảm bồi hoàn của công ty bảo hiểm.
- Chúng tôi không tham gia các Chương Trình Chia Sẻ vì đây không được coi là bảo hiểm. Chương Trình Chia Sẻ Bệnh Nhân được xem như tự chi trả. Khoản thanh toán phải được thực hiện tại thời điểm dịch vụ, và có thể áp dụng giảm giá Thanh Toán Ngay.

Thỏa Thuận Trách Nhiệm Tài Chính (tiếp)

MRN _____

- Trường hợp chấn thương hoặc bệnh tật thuộc diện Bồi Thường Tai Nạn Lao Động phải có giấy chấp thuận điều trị do chủ lao động của quý vị cấp. Nếu chủ lao động của quý vị không cấp giấy chấp thuận, chúng tôi sẽ làm việc với công ty bảo hiểm y tế của quý vị để được bồi hoàn chi phí như được trình bày dưới đây. Công ty bảo hiểm y tế của quý vị có thể từ chối bảo hiểm nếu xác định rằng chấn thương hoặc bệnh tật liên quan đến công việc. Nếu Bồi Thường Tai Nạn Lao Động hoặc bên chịu trách nhiệm khác từ chối trách nhiệm hoặc thanh toán, quý vị có thể phải chịu trách nhiệm tài chính đối với các dịch vụ không được bảo hiểm chi trả.

Chuyển Nhượng Phúc Lợi:

Tôi đồng ý và yêu cầu việc thanh toán các phúc lợi Medicare/công ty bảo hiểm khác được ủy quyền thay mặt tôi, được thanh toán trực tiếp cho Quỹ Y Tế MemorialCare cho bất kỳ dịch vụ y tế hoặc phẫu thuật nào do các nhóm y tế liên kết cung cấp cho tôi hoặc một thành viên trong gia đình tôi. Tôi ủy quyền cho bất kỳ chủ sở hữu thông tin y tế hoặc thông tin khác về tôi cung cấp cho Cơ Quan An Sinh Xã Hội, Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid, đại lý hoặc đơn vị bảo hiểm, hoặc công ty bảo hiểm bất kỳ thông tin nào cần thiết cho yêu cầu Medicare/bảo hiểm liên quan này để xác định các phúc lợi này hoặc các phúc lợi phải thanh toán cho các dịch vụ liên quan. Tôi hiểu rằng việc thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ y tế về bất kỳ bên nào khác có thể chịu trách nhiệm chi trả cho việc điều trị của tôi là bắt buộc.

Tôi đã đọc chính sách tài chính và chữ ký của tôi dưới đây là sự xác nhận rõ ràng về trách nhiệm tài chính của mình. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm tài chính đối với các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, khoản khấu trừ, các dịch vụ không được bảo hiểm chi trả và bất kỳ khoản tiền nào do công ty bảo hiểm xác định là trách nhiệm của tôi theo chương trình phúc lợi.

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm

Ngày

Tên Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm (Vui Lòng Viết In)

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân:

Chấp Thuận Điều Trị

MRN _____

Tôi/chúng tôi chấp thuận và cho phép thực hiện tất cả các phương pháp điều trị, phẫu thuật và dịch vụ y tế được các bác sĩ và nhân viên của nhóm y tế liên kết với Quỹ Y Tế MemorialCare cho là phù hợp với tôi hoặc cho trẻ vị thành niên nêu trên mà tôi là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp. Tôi xin xác nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của tôi, tất cả các tuyên bố trong đây đều là sự thật. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm trực tiếp cho tất cả các khoản phí phát sinh cho dịch vụ y tế cho bản thân và người phụ thuộc bất kể có bảo hiểm hay không, ngoại trừ các dịch vụ được ủy quyền cung cấp theo hợp đồng HMO trả trước hợp lệ. Tôi cũng đồng ý trả tiền lãi hợp pháp, chi phí thu hồi nợ và phí luật sư phát sinh để thu bất kỳ khoản tiền nào tôi có thể nợ. Tôi cũng ủy quyền cho nhóm y tế liên kết với Quỹ Y Tế MemorialCare của mình công bố thông tin do công ty bảo hiểm và/hoặc đại diện của họ yêu cầu. Tôi hoàn toàn hiểu thỏa thuận này và sự chấp thuận sẽ tiếp tục có hiệu lực cho đến khi tôi hủy bằng văn bản.

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm

Ngày

Tên Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm (Vui Lòng Viết In)

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân:

Xác Nhận Đã Nhận

MRN _____

Chỉ nhằm mục đích cung cấp thông tin, tại đây có liên kết đến trang Thanh Toán Mở của Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (CMS) liên bang. Đạo Luật Liên Bang Physician Payments Sunshine Act quy định rằng thông tin chi tiết về các khoản thanh toán và các khoản lợi ích có giá trị khác có giá trị trên mười đô la Mỹ (10 USD) do các nhà sản xuất thuốc, thiết bị y tế và chế phẩm sinh học chi trả cho bác sĩ và các bệnh viện giảng dạy phải được công khai. Cơ sở dữ liệu Thanh Toán Mở là một công cụ liên bang được sử dụng để tìm kiếm các khoản thanh toán do các công ty dược phẩm và thiết bị thực hiện cho các bác sĩ và bệnh viện giảng dạy. Quý vị có thể xem trực tuyến tại openpaymentsdata.cms.gov.

Tên và chữ ký của quý vị trên biểu mẫu này cho biết quý vị đã được thông báo về công cụ Tìm Kiếm Thanh Toán Mở của Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (CMS). Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến chương trình Thanh Toán Mở, hãy gửi email đến Bộ Phận Hỗ Trợ tại openpayments@cms.hhs.gov. Để được hỗ trợ trực tiếp, hãy gọi cho Bộ Phận Hỗ Trợ Thanh Toán Mở theo số 1-855-326-8366.

Tên Bệnh Nhân: _____

Chữ Ký: _____

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân: _____

Ngày Nhận: _____ Thời Gian Nhận: _____

XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN

MRN _____

Thông Báo Chung về Các Biện Pháp Thực Hành Quyền Riêng Tư

Tên và chữ ký của quý vị trên biểu mẫu này cho biết quý vị đã nhận được bản sao **Thông Báo Chung về Thực Hành Quyền Riêng Tư** của MemorialCare vào ngày và giờ được ghi dưới đây.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến thông tin được nêu trong **Thông Báo Chung về Thực Hành Quyền Riêng Tư** của MemorialCare, vui lòng liên hệ Giám Đốc Tuân Thủ của MemorialCare theo số điện thoại (714) 377-3218.

Tên Bệnh Nhân: _____

Chữ Ký: _____

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân: _____

Ngày Nhận: _____ Thời Gian Nhận: _____

CHỈ DÙNG CHO NỘI BỘ CƠ SỞ Y TẾ

Chúng tôi đã cố gắng xin xác nhận bằng văn bản của bệnh nhân về việc đã nhận được **Thông Báo Chung về Thực Hành Quyền Riêng Tư** của chúng tôi, nhưng không thể lấy được xác nhận từ bệnh nhân vì lý do sau:

- ☐ Người bệnh từ chối ký
- ☐ Tình huống khẩn cấp khiến không thể lấy được chữ ký
- ☐ Bệnh nhân yêu cầu cá nhân ở trên ký thay cho họ (vui lòng ghi rõ)
- ☐ _____

Chữ Ký Người Đại Diện Đăng Ký: _____ Ngày: _____

THÔNG BÁO CHUNG VỀ CÁC BIỆN PHÁP THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ CŨNG NHƯ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TRUY CẬP VÀO THÔNG TIN NÀY.

XIN HÃY XEM XÉT KỸ LƯỜNG.

Ai sẽ tuân thủ thông báo này

MemorialCare (“MemorialCare” hoặc “chúng tôi”), thông qua các bệnh viện và cơ sở y tế trực thuộc (“Cơ Sở MemorialCare”) cùng đội ngũ nhân viên và cán bộ của mỗi Cơ Sở MemorialCare, cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân cùng với các bên cung cấp dịch vụ y tế và các tổ chức khác. Thông Báo này áp dụng cho các cá nhân và tổ chức sau đây, những bên đã đồng ý bị ràng buộc bởi thông báo này:

- Mỗi Cơ Sở MemorialCare, cũng như tất cả nhân viên, nhân viên và các nhân viên khác của MemorialCare, những người có thể cần truy cập thông tin của quý vị để thực hiện chức năng công việc của họ.
- Đội ngũ nhân viên y tế của từng Cơ Sở MemorialCare, cũng như các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác cung cấp dịch vụ y tế tại Cơ Sở MemorialCare.
- Bất kỳ thành viên nào trong nhóm tình nguyện mà chúng tôi cho phép giúp đỡ quý vị trong thời gian quý vị nhận dịch vụ chăm sóc.

Thông báo này áp dụng cho tất cả các hồ sơ liên quan đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được cung cấp tại Cơ Sở MemorialCare và được tạo ra bởi Cơ Sở MemorialCare tương ứng, dù do nhân viên MemorialCare hay nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cá nhân của quý vị thực hiện. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cá nhân của quý vị có thể áp dụng các chính sách hoặc thông báo khác về việc sử dụng và tiết lộ thông tin y tế được tạo lập hoặc lưu giữ tại văn phòng hoặc phòng khám của họ. Quý vị nên xem Thông Báo Quyền Riêng Tư của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình để biết cách họ xử lý thông tin y tế của quý vị ngoài phạm vi các Cơ Sở MemorialCare.

Cam kết của chúng tôi về thông tin y tế

Chúng tôi hiểu rằng thông tin y tế liên quan đến quý vị và tình trạng sức khỏe của quý vị là thông tin mang tính cá nhân. Việc bảo vệ thông tin y tế của quý vị là rất quan trọng. Chúng tôi lập hồ sơ về quá trình chăm sóc và các dịch vụ mà quý vị nhận được trong thời gian được chúng tôi chăm sóc. Chúng tôi cần hồ sơ này để cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng và tuân thủ các yêu cầu pháp lý hiện hành. Thông Báo này sẽ giải thích những cách thức mà chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị. Thông Báo này cũng mô tả các quyền của quý vị và những nghĩa vụ nhất định mà chúng tôi có liên quan đến việc sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị. Theo quy định của pháp luật, chúng tôi có trách nhiệm:

- Giữ bí mật thông tin y tế có thể dùng để nhận dạng quý vị;
- Cung cấp cho quý vị Thông Báo này về các nghĩa vụ pháp lý và các thực hành bảo vệ quyền riêng tư của chúng tôi đối với thông tin y tế của quý vị; và
- Tuân thủ các điều khoản của Thông Báo hiện đang có hiệu lực.

Cách thức chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị

Các mục dưới đây mô tả những cách thức khác nhau mà chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị. Đối với từng nhóm mục đích sử dụng hoặc tiết lộ, chúng tôi sẽ giải thích ý nghĩa của từng nhóm và cố gắng đưa ra một số ví dụ minh họa. Không phải mọi trường hợp sử dụng hoặc tiết lộ thông tin thuộc một nhóm đều được liệt kê. Tuy nhiên, tất cả các trường hợp mà chúng tôi được phép sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị đều sẽ thuộc một trong các nhóm được mô tả dưới đây.

Điều trị. Chúng tôi có thể sử dụng thông tin y tế của quý vị để cung cấp dịch vụ điều trị hoặc các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tham gia vào việc chăm sóc quý vị. Ví dụ, bác sĩ điều trị gãy chân cho quý vị có thể cần biết liệu quý vị có mắc bệnh đái tháo đường hay không, vì bệnh đái tháo đường có thể làm chậm quá trình lành xương. Ngoài ra, bác sĩ cũng có thể cần thông báo cho chuyên gia dinh dưỡng nếu quý vị mắc bệnh đái tháo đường để chúng tôi có thể sắp xếp chế độ ăn phù hợp. Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác nhau trong cùng một Cơ sở MemorialCare cũng có thể chia sẻ thông tin y tế của quý vị nhằm phối hợp cung cấp các dịch vụ mà quý vị cần, chẳng hạn như kê đơn thuốc, thực hiện xét nghiệm và chụp X-quang. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho những người bên ngoài Cơ Sở MemorialCare đã điều trị cho quý vị nhưng có thể tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe của quý vị sau khi quý vị rời khỏi Cơ Sở MemorialCare.

Thanh toán. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị để lập hóa đơn và thu khoản thanh toán cho việc điều trị và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã nhận từ quý vị, công ty bảo hiểm hoặc một bên thứ ba.

Ví dụ, chúng tôi có thể cần cung cấp cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị thông tin về ca phẫu thuật mà quý vị đã thực hiện tại một Cơ Sở MemorialCare để chương trình bảo hiểm y tế của quý vị thanh toán cho chúng tôi hoặc bồi hoàn chi phí cho quý vị đối với ca phẫu thuật đó. Chúng tôi cũng có thể thông báo cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị về một phương pháp điều trị mà quý vị sắp nhận để xin chấp thuận trước hoặc để xác định liệu chương trình bảo hiểm của quý vị có chi trả cho phương pháp điều trị đó hay không.

Hoạt động chăm sóc sức khỏe. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe của mình. Những việc sử dụng và tiết lộ này là cần thiết để bảo đảm tất cả người bệnh của chúng tôi đều nhận được dịch vụ chăm sóc có chất lượng và để phục vụ cho việc vận hành mỗi Cơ Sở MemorialCare. Ví dụ, chúng tôi có thể sử dụng thông tin y tế để rà soát việc điều trị và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà chúng tôi cung cấp, đồng thời đánh giá hiệu quả công việc của đội ngũ nhân viên trong quá trình chăm sóc quý vị. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin cho các bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, sinh viên y khoa và các nhân sự khác nhằm mục đích rà soát và đào tạo. Chúng tôi cũng có thể kết hợp thông tin y tế mà mình có với thông tin y tế từ các cơ sở khác để so sánh chất lượng hoạt động, xác định những lĩnh vực cần cải thiện trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ khác. Chúng tôi có thể loại bỏ các thông tin có thể dùng để nhận dạng quý vị khỏi bộ thông tin y tế này để những người khác có thể sử dụng dữ liệu đó để nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà không cần biết danh tính cụ thể của bệnh nhân. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị đã từng khám hoặc điều trị để họ có thể nâng cao chất lượng hoặc cải thiện hiệu quả chi phí trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Trao Đổi Thông Tin Y Tế (HIE). MemorialCare có thể cung cấp thông tin y tế cá nhân của quý vị cho một hệ thống Trao Đổi Thông Tin Y Tế (HIE) ở cấp địa phương, khu vực và/hoặc quốc gia, bao gồm nhưng không giới hạn ở Mạng Lưới Thông Tin Y Tế Quốc Gia (NHIN). HIE là một sáng kiến do chính quyền tiểu bang và/hoặc liên bang tài trợ, cung cấp một cơ chế để các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong cộng đồng của chúng tôi chia sẻ thông tin bằng phương thức điện tử, với mục tiêu chung là nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh đồng thời bảo vệ quyền riêng tư và tính bảo mật của thông tin y tế của quý vị. Ví dụ, nếu quý vị được điều trị tại khoa cấp cứu của một bệnh viện thuộc MemorialCare vào cuối tuần và đến tái khám với bác sĩ điều trị thường xuyên của mình tại phòng khám vào tuần kế tiếp, bác sĩ đó sẽ có thể truy cập và xem hồ sơ khám cấp cứu của quý vị trong buổi khám. Hình thức truy cập này giúp bác sĩ của quý vị có được những thông tin mới nhất về quá trình chăm sóc và điều trị của quý vị.

MemorialCare sẽ chỉ chuyển thông tin y tế của quý vị đến HIE cho các mục đích điều trị, thanh toán, hoạt động chăm sóc sức khỏe hoặc khi pháp luật yêu cầu. Những thông tin sức khỏe cá nhân mà theo quy định của pháp luật hiện hành phải có văn bản chấp thuận riêng có chữ ký của quý vị trước khi được tiết lộ SẼ KHÔNG được chuyển đến HIE nếu không có sự đồng ý của quý vị, trừ khi pháp luật hoặc các quy định hiện hành yêu cầu khác.

Cơ sở dữ liệu viêm chủng California. MemorialCare có thể chia sẻ hồ sơ viêm chủng hoặc kết quả xét nghiệm sàng lọc bệnh lao (TB) của quý vị với Cơ Sở Dữ Liệu Viêm Chủng California (CAIR), một cơ sở dữ liệu trên toàn tiểu bang, an toàn và bảo mật, lưu trữ thông tin viêm chủng của người bệnh. CAIR được các chuyên gia chăm sóc sức khỏe, cơ quan chức năng và trường học

sử dụng để theo dõi tất cả các mũi tiêm và xét nghiệm bệnh lao (TB) mà quý vị đã thực hiện, đồng thời có thể cung cấp bằng chứng về tình trạng tiêm chủng cần thiết để bắt đầu dịch vụ chăm sóc trẻ em, đi học hoặc bắt đầu một công việc mới. Nếu quý vị không muốn hồ sơ tiêm chủng hoặc hồ sơ bệnh lao (TB) của mình được chia sẻ với những người dùng khác của hệ thống đăng ký, vui lòng gửi qua fax hoặc email “Biểu Mẫu Yêu Cầu Từ Chối hoặc Bắt Đầu Chia Sẻ Thông Tin Tiêm Chủng”, có trên trang web của CAIR tại <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CAIR/Pages/CAIR-records-forms.aspx>, gọi Bộ Phận Hỗ Trợ CAIR theo số 1-888-436-8320 hoặc CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov.

Nhắc Lịch Hẹn. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị để liên hệ với quý vị nhằm nhắc nhở rằng quý vị có một cuộc hẹn để điều trị hoặc nhận dịch vụ chăm sóc y tế tại một Cơ Sở MemorialCare.

Các Phương Án Điều Trị Thay Thế. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị để thông báo cho quý vị hoặc đưa ra khuyến nghị về các lựa chọn điều trị hoặc phương án điều trị thay thế có thể phù hợp với sự quan tâm của quý vị.

Các phúc lợi và dịch vụ liên quan đến sức khỏe. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị để thông báo cho quý vị về các quyền lợi hoặc dịch vụ liên quan đến sức khỏe có thể được quý vị quan tâm.

Danh Bạ Cơ Sở. Chúng tôi có thể đưa một số thông tin giới hạn về quý vị vào danh bạ của một bệnh viện thuộc MemorialCare trong thời gian quý vị là người bệnh tại bệnh viện đó. Thông tin này có thể bao gồm tên của quý vị, vị trí của quý vị trong bệnh viện và tình trạng sức khỏe tổng quát của quý vị (ví dụ: ổn định, tốt, v.v.). Trừ khi quý vị có yêu cầu bằng văn bản cụ thể về việc không cho phép, thông tin trong danh bạ này cũng có thể được cung cấp cho những người hỏi thông tin về quý vị bằng tên. Thông tin này được cung cấp để gia đình và bạn bè của quý vị có thể đến thăm quý vị tại bệnh viện và nhìn chung biết được tình trạng của quý vị. Nếu quý vị muốn “từ chối tham gia” danh bạ cơ sở, vui lòng liên hệ với bộ phận tiếp nhận bệnh nhân tại bệnh viện MemorialCare nơi quý vị đang được điều trị và yêu cầu không đưa thông tin của quý vị vào danh bạ cơ sở.

Những cá nhân tham gia vào việc chăm sóc hoặc thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe cho quý vị; Hoạt động cứu trợ thiên tai. Chúng tôi có thể cung cấp thông tin y tế của quý vị cho bạn bè hoặc thành viên gia đình có tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể cung cấp thông tin cho người hỗ trợ thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị. Trừ khi quý vị có yêu cầu cụ thể bằng văn bản về việc không cho phép, chúng tôi cũng có thể thông báo cho gia đình hoặc bạn bè của quý vị về tình trạng của quý vị. Ngoài ra, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho một tổ chức tham gia hỗ trợ các hoạt động cứu trợ thiên tai, để gia đình của quý vị có thể được thông báo về tình trạng sức khỏe, tình trạng hiện tại và địa điểm của quý vị.

Nghiên Cứu. Trong một số trường hợp nhất định, chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho mục đích nghiên cứu. Ví dụ, một dự án nghiên cứu có thể bao gồm việc so sánh tình trạng sức khỏe và quá trình hồi phục của những người bệnh đã sử dụng một loại thuốc với những người bệnh đã sử dụng một loại thuốc khác để điều trị cùng một tình trạng bệnh. Tuy nhiên, tất cả các dự án nghiên cứu đều phải tuân theo một quy trình phê duyệt đặc biệt. Quy trình này sẽ đánh giá một dự án nghiên cứu được đề xuất và việc sử dụng thông tin y tế trong dự án đó, nhằm cân bằng giữa nhu cầu nghiên cứu và nhu cầu bảo vệ quyền riêng tư về thông tin y tế của người bệnh. Trước khi sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế cho mục đích nghiên cứu, dự án đó phải được phê duyệt thông qua quy trình phê duyệt nghiên cứu này. Tuy nhiên, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho những người đang chuẩn bị thực hiện một dự án nghiên cứu, ví dụ như để giúp họ tìm kiếm những người bệnh có nhu cầu chăm sóc sức khỏe cụ thể, với điều kiện thông tin y tế mà họ xem xét không được rời khỏi cơ sở của chúng tôi. Chúng tôi hầu như luôn yêu cầu sự cho phép cụ thể của quý vị nếu nhà nghiên cứu sẽ được tiếp cận với tên, địa chỉ hoặc các thông tin khác có thể tiết lộ danh tính của quý vị, hoặc nếu nhà nghiên cứu sẽ tham gia vào việc chăm sóc quý vị tại Cơ Sở MemorialCare.

Đối Tác Kinh Doanh. Có một số dịch vụ được cung cấp cho tổ chức của chúng tôi thông qua các hợp đồng với các tổ chức bên ngoài, còn được gọi là đối tác kinh doanh. Ví dụ bao gồm các dịch vụ lập hóa đơn để gửi yêu cầu thanh toán của quý vị đến công ty bảo hiểm; dịch vụ phiên âm để chuyển các báo cáo được đọc ghi âm bởi các chuyên gia y tế đang chăm sóc quý vị tại bệnh viện thành văn bản; và dịch vụ sao chép để tạo bản sao hồ sơ sức khỏe của quý vị. Khi các dịch vụ này được thực

hiện bởi một đối tác kinh doanh, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin của quý vị cho các đối tác kinh doanh đó để họ có thể thực hiện công việc mà chúng tôi đã yêu cầu.

Theo yêu cầu của pháp luật. Chúng tôi sẽ tiết lộ thông tin y tế của quý vị khi được yêu cầu bởi luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.

Ngăn ngừa mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe hoặc an toàn. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị khi cần thiết để ngăn ngừa mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe và sự an toàn của quý vị, hoặc đối với sức khỏe và sự an toàn của cộng đồng hay một cá nhân khác. Tuy nhiên, mọi việc tiết lộ thông tin trong trường hợp này sẽ chỉ được thực hiện với người có khả năng hỗ trợ ngăn chặn mối đe dọa đó.

Tiếp Thị và Bán Hàng. Hầu hết các trường hợp sử dụng và tiết lộ thông tin y tế cho mục đích tiếp thị, cũng như việc tiết lộ thông tin được xem là hoạt động bán thông tin y tế, đều cần có sự chấp thuận của quý vị.

Hoạt Động Gây Quỹ. Chúng tôi có thể sử dụng một số thông tin nhất định về quý vị (bao gồm thông tin nhân khẩu học và ngày quý vị nhận dịch vụ) để liên hệ với quý vị trong tương lai nhằm gây quỹ cho một Cơ Sở MemorialCare. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ những thông tin tương tự cho các quỹ từ thiện liên kết với MemorialCare của chúng tôi cho cùng mục đích này. Khoản tiền gây quỹ sẽ được sử dụng để mở rộng và cải thiện các dịch vụ và chương trình mà chúng tôi cung cấp cho cộng đồng. Nếu quý vị không muốn được liên hệ cho các hoạt động gây quỹ của chúng tôi, quý vị phải thông báo cho giám đốc quỹ hoặc người quản lý tại Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đã được điều trị. Việc thông báo có thể được thực hiện bằng văn bản, bao gồm email, qua điện thoại hoặc trực tiếp.

Các trường hợp đặc biệt

Hiến tặng cơ quan và mô. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho các tổ chức phụ trách thu nhận cơ quan cơ thể hoặc thực hiện cấy ghép cơ quan, mắt hoặc mô, hoặc cho ngân hàng hiến tặng cơ quan, khi cần thiết để tạo điều kiện thuận lợi cho việc hiến tặng và cấy ghép cơ quan hoặc mô.

Quân nhân và cựu chiến binh. Nếu quý vị là thành viên của lực lượng vũ trang, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị theo yêu cầu của các cơ quan chỉ huy quân sự. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin y tế của quân nhân nước ngoài cho cơ quan quân sự nước ngoài có thẩm quyền.

Bồi thường cho người lao động. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho các chương trình Bồi Thường Cho Người Lao Động hoặc các chương trình tương tự. Các chương trình này cung cấp quyền lợi cho các trường hợp chấn thương hoặc bệnh tật liên quan đến công việc.

Hoạt động giám sát sức khỏe. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho một cơ quan giám sát y tế để thực hiện các hoạt động được pháp luật cho phép. Các hoạt động giám sát này bao gồm, ví dụ như, kiểm toán, điều tra, thanh tra và cấp phép. Những hoạt động này là cần thiết để chính phủ giám sát hệ thống chăm sóc sức khỏe, các chương trình của chính phủ và việc tuân thủ các luật về quyền dân sự.

Kiện tụng và tranh chấp. Nếu quý vị có liên quan đến một vụ kiện hoặc tranh chấp, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị để đáp ứng lệnh của tòa án hoặc quyết định hành chính. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị để đáp ứng trát yêu cầu cung cấp tài liệu, yêu cầu cung cấp thông tin trong quá trình thu thập chứng cứ hoặc các thủ tục pháp lý hợp lệ khác do một bên khác tham gia tranh chấp đưa ra, nhưng chỉ khi đã có nỗ lực thông báo cho quý vị về yêu cầu đó (có thể bao gồm thông báo bằng văn bản gửi đến quý vị) hoặc xin một lệnh bảo vệ đối với thông tin được yêu cầu.

Rủi ro về sức khỏe cộng đồng. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho các hoạt động y tế công cộng. Các hoạt động này thường bao gồm:

- báo cáo các phản ứng đối với thuốc hoặc các vấn đề liên quan đến sản phẩm;
- thông báo cho mọi người về việc thu hồi các sản phẩm mà họ có thể đang sử dụng;
- thông báo cho một cá nhân có thể đã tiếp xúc với bệnh truyền nhiễm hoặc có nguy cơ mắc hoặc lây lan một bệnh hoặc tình trạng sức khỏe nào đó;
- Thông báo cho cơ quan chính phủ có thẩm quyền thích hợp nếu chúng tôi tin rằng một người bệnh là nạn nhân của hành vi ngược đãi, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình. Chúng tôi chỉ thực hiện việc tiết lộ này khi quý vị đồng ý hoặc khi pháp luật yêu cầu hoặc cho phép;
- phòng ngừa hoặc kiểm soát bệnh tật, thương tích hoặc tình trạng khuyết tật;
- báo cáo việc sinh và tử vong;
- báo cáo hành vi ngược đãi hoặc bỏ bê trẻ em, người cao tuổi và người trưởng thành phụ thuộc;
- thông báo cho nhân viên ứng phó khẩn cấp về khả năng tiếp xúc với HIV/AIDS, trong phạm vi cần thiết để tuân thủ luật pháp của tiểu bang và liên bang.

Cơ quan thực thi pháp luật. Nếu được pháp luật hiện hành cho phép, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị khi được yêu cầu bởi một viên chức thực thi pháp luật:

- để đáp ứng lệnh của tòa án, trát yêu cầu cung cấp thông tin, lệnh khám xét, lệnh triệu tập hoặc thủ tục pháp lý tương tự;
- để xác định danh tính hoặc vị trí của nghi phạm, người bỏ trốn, nhân chứng quan trọng hoặc người mất tích;
 - về nạn nhân của một vụ phạm tội nếu, trong một số trường hợp hạn chế nhất định, chúng tôi không thể có được sự đồng ý của người đó;
 - về một trường hợp tử vong mà chúng tôi tin rằng có thể là hậu quả của hành vi phạm tội;
 - về hành vi phạm tội xảy ra tại bệnh viện; và
 - trong các trường hợp khẩn cấp, để báo cáo một vụ phạm tội, địa điểm xảy ra vụ phạm tội hoặc nạn nhân; hoặc danh tính, đặc điểm nhận dạng hoặc vị trí của người đã thực hiện hành vi phạm tội.

Nhân viên điều tra tử vong, giám định y khoa và người điều hành dịch vụ tang lễ. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho nhân viên điều tra tử vong hoặc giám định viên y khoa. Việc này có thể cần thiết, ví dụ như để xác định danh tính của người đã qua đời hoặc xác định nguyên nhân tử vong. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin y tế của người bệnh cho người điều hành dịch vụ tang lễ khi cần thiết để họ thực hiện các nhiệm vụ của mình.

Dịch vụ bảo vệ tổng thống, hoạt động an ninh quốc gia và tình báo. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho các quan chức liên bang được ủy quyền để họ thực hiện nhiệm vụ bảo vệ Tổng Thống, những cá nhân khác được bảo vệ hoặc nguyên thủ quốc gia nước ngoài; tiến hành các cuộc điều tra đặc biệt; hoặc thực hiện các hoạt động tình báo, phản gián và các hoạt động an ninh quốc gia khác được pháp luật cho phép.

Tù nhân. Nếu quý vị là người đang bị giam giữ tại một cơ sở cải huấn hoặc đang chịu sự quản lý của một viên chức thực thi pháp luật, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho cơ sở cải huấn hoặc viên chức thực thi pháp luật đó nếu việc tiết lộ là cần thiết nhằm (1) để cơ sở đó cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị; (2) bảo vệ sức khỏe và sự an toàn của quý vị hoặc của những người khác; hoặc (3) bảo đảm an toàn và an ninh của cơ sở cải huấn.

Nhóm nhân sự đa ngành. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe cho một nhóm nhân sự đa ngành có liên quan đến việc phòng ngừa, xác định, quản lý hoặc điều trị trường hợp trẻ em bị ngược đãi và cha mẹ của trẻ, hoặc trường hợp người cao tuổi bị ngược đãi và bỏ bê.

Lưu ý về các hạn chế khác. Xin lưu ý rằng một số luật liên bang hoặc tiểu bang có thể đặt ra các yêu cầu nghiêm ngặt hơn về cách chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị. Nếu có các yêu cầu nghiêm ngặt hơn, ngay cả đối với các mục đích được nêu ở trên, chúng tôi sẽ không tiết lộ thông tin y tế của quý vị nếu không có sự cho phép bằng văn bản của quý vị, hoặc trừ khi việc tiết lộ đó được các luật này cho phép hoặc yêu cầu. Ví dụ, chúng tôi sẽ không tiết lộ kết quả xét nghiệm HIV của quý vị nếu chưa có sự cho phép bằng văn bản của quý vị, ngoại trừ các trường hợp được luật tiểu bang cho phép. Pháp luật cũng có

thể yêu cầu chúng tôi phải có sự cho phép bằng văn bản của quý vị trước khi sử dụng và tiết lộ thông tin của quý vị liên quan đến việc điều trị một số tình trạng nhất định, chẳng hạn như bệnh tâm thần hoặc tình trạng lạm dụng rượu hay ma túy.

Quyền của quý vị với thông tin y tế của quý vị

Quý vị có các quyền sau đây đối với thông tin y tế mà chúng tôi lưu giữ về quý vị:

Quyền kiểm tra và sao chép. Quý vị có quyền kiểm tra và sao chép những thông tin mà chúng tôi lưu giữ về quý vị và những thông tin này có thể được sử dụng để đưa ra các quyết định liên quan đến quý vị và việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị, bao gồm hồ sơ y tế và hồ sơ thanh toán của quý vị. Trong một số trường hợp rất hạn chế, chúng tôi có thể từ chối yêu cầu kiểm tra và sao chép của quý vị. Để kiểm tra và sao chép các thông tin của quý vị có thể được sử dụng để đưa ra quyết định liên quan đến quý vị, quý vị phải gửi yêu cầu bằng văn bản đến Bộ Phận Hồ Sơ Y Tế tại Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị yêu cầu một bản sao thông tin, chúng tôi có thể tính phí cho các chi phí liên quan đến việc sao chép, gửi thư hoặc các vật dụng khác phục vụ cho yêu cầu của quý vị.

Quyền sửa đổi. Nếu quý vị cho rằng thông tin mà chúng tôi lưu giữ về quý vị không chính xác hoặc không đầy đủ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi sửa đổi thông tin đó. Quý vị có quyền yêu cầu sửa đổi trong suốt thời gian thông tin đó được lưu giữ bởi hoặc thay mặt cho Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đã được điều trị. Để yêu cầu sửa đổi, quý vị phải gửi yêu cầu bằng văn bản đến bộ phận hồ sơ y tế của Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đã được điều trị. Ngoài ra, quý vị phải cung cấp lý do để hỗ trợ cho yêu cầu của mình. Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu sửa đổi của quý vị nếu yêu cầu đó không được lập bằng văn bản hoặc không nêu lý do hỗ trợ cho yêu cầu. Ngoài ra, chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị nếu quý vị yêu cầu chúng tôi sửa đổi thông tin mà:

- không phải do chúng tôi tạo lập, trừ khi cá nhân hoặc tổ chức đã tạo lập thông tin đó không còn có thể thực hiện việc sửa đổi;
- không thuộc thông tin y tế được Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đã được điều trị lưu giữ hoặc lưu giữ thay mặt cho cơ sở đó;
- không thuộc loại thông tin mà quý vị được phép kiểm tra và sao chép; hoặc
- là thông tin chính xác và đầy đủ.

Quý vị cũng có thể có quyền yêu cầu chúng tôi bổ sung một phần ghi chú bổ sung vào hồ sơ của quý vị, với độ dài tối đa 250 từ cho mỗi mục thông tin mà quý vị cho rằng không chính xác hoặc không đầy đủ. Vui lòng gửi yêu cầu bổ sung này đến bộ phận hồ sơ y tế của Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đã được điều trị.

Quyền yêu cầu danh sách các lần tiết lộ thông tin. Quý vị có quyền yêu cầu “Danh Sách Các Lần Tiết Lộ Thông Tin”. Đây là danh sách ghi nhận các lần chúng tôi đã tiết lộ thông tin y tế của quý vị, ngoại trừ các trường hợp tiết lộ cho một số mục đích nhất định, chẳng hạn như mục đích điều trị, thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe như đã được mô tả ở trên, hoặc bất kỳ trường hợp tiết lộ nào đã được quý vị cho phép cụ thể. Để yêu cầu danh sách hoặc bản kê khai các lần tiết lộ thông tin này, quý vị phải gửi yêu cầu bằng văn bản đến Bộ Phận Hồ Sơ Y Tế của Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đã được điều trị. Yêu cầu của quý vị phải nêu rõ khoảng thời gian cần tra cứu, trong đó khoảng thời gian này không được dài hơn sáu (6) năm hoặc ba (3) năm, tùy thuộc vào ngày Cơ Sở MemorialCare triển khai hồ sơ sức khỏe điện tử (EHR). Danh sách đầu tiên mà quý vị yêu cầu trong khoảng thời gian 12 tháng sẽ được cung cấp miễn phí. Đối với các danh sách bổ sung, chúng tôi có thể tính phí dựa trên chi phí cung cấp danh sách đó. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về chi phí liên quan và quý vị có thể lựa chọn rút lại hoặc điều chỉnh yêu cầu của mình tại thời điểm đó trước khi phát sinh bất kỳ chi phí nào.

Ngoài ra, theo yêu cầu của pháp luật, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị sau khi xảy ra sự cố vi phạm liên quan đến thông tin sức khỏe được bảo vệ không được bảo mật của quý vị.

Quyền yêu cầu hạn chế sử dụng hoặc tiết lộ thông tin. Quý vị có quyền yêu cầu áp dụng các hạn chế hoặc giới hạn đối với thông tin y tế mà chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ về quý vị cho các mục đích điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe. Quý vị cũng có quyền yêu cầu giới hạn việc chúng tôi tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho những người tham gia vào việc chăm sóc hoặc thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe cho quý vị, chẳng hạn như thành viên gia đình hoặc bạn bè. Chúng tôi không có nghĩa vụ phải chấp thuận yêu cầu của quý vị, ngoại trừ trường hợp quý vị yêu cầu chúng tôi hạn chế việc tiết lộ thông tin cho một chương trình bảo hiểm y tế hoặc công ty bảo hiểm nhằm mục đích thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe, nếu quý vị hoặc một người khác thay mặt quý vị (không bao gồm chương trình bảo hiểm y tế hoặc công ty bảo hiểm) đã tự thanh toán toàn bộ chi phí cho dịch vụ hoặc hạng mục chăm sóc sức khỏe đó. Ngay cả khi quý vị yêu cầu áp dụng hạn chế đặc biệt này, chúng tôi vẫn có thể tiết lộ thông tin cho chương trình bảo hiểm y tế hoặc công ty bảo hiểm khi cần thiết cho mục đích điều trị cho quý vị. Nếu chúng tôi đồng ý với một hạn chế đặc biệt khác theo yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ tuân thủ yêu cầu đó, trừ khi thông tin đó là cần thiết để cung cấp dịch vụ điều trị cấp cứu cho quý vị.

Để yêu cầu áp dụng các hạn chế, quý vị phải gửi yêu cầu bằng văn bản đến Bộ Phận Hồ Sơ Y Tế của Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đã được điều trị. Trong yêu cầu của mình, quý vị phải cho chúng tôi biết (1) quý vị muốn giới hạn những thông tin nào; (2) quý vị muốn giới hạn việc sử dụng, tiết lộ hay cả hai; và (3) quý vị muốn áp dụng các giới hạn đó đối với những ai.

Quyền yêu cầu liên lạc bảo mật. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị theo một phương thức nhất định hoặc tại một địa điểm cụ thể. Ví dụ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi chỉ liên hệ với quý vị tại nơi làm việc hoặc qua đường bưu điện. Để yêu cầu áp dụng hình thức liên lạc bảo mật, quý vị phải gửi yêu cầu bằng văn bản đến Bộ Phận Hồ Sơ Y Tế của Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đến điều trị. Chúng tôi sẽ không yêu cầu quý vị giải thích lý do của yêu cầu này. Chúng tôi sẽ đáp ứng mọi yêu cầu hợp lý. Yêu cầu của quý vị phải nêu rõ phương thức hoặc địa điểm mà quý vị muốn chúng tôi sử dụng để liên hệ với quý vị.

Quyền cho phép hoặc từ chối cho phép các trường hợp sử dụng và tiết lộ thông tin y tế khác. Mọi trường hợp sử dụng và tiết lộ thông tin y tế không được đề cập trong Thông Báo này hoặc không được pháp luật áp dụng đối với chúng tôi cho phép sẽ chỉ được thực hiện khi có văn bản chấp thuận của quý vị. Nếu quý vị cấp cho chúng tôi văn bản chấp thuận cho phép sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của quý vị, quý vị có thể thu hồi văn bản chấp thuận đó bằng văn bản vào bất kỳ thời điểm nào. Nếu quý vị thu hồi văn bản chấp thuận của mình, kể từ thời điểm đó chúng tôi sẽ không tiếp tục sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho các mục đích được nêu trong văn bản chấp thuận. Tuy nhiên, quý vị hiểu rằng chúng tôi không thể thu hồi hoặc hủy bỏ các trường hợp tiết lộ thông tin đã được thực hiện trước khi quý vị thu hồi văn bản chấp thuận. Quý vị cũng hiểu rằng chúng tôi có nghĩa vụ lưu giữ hồ sơ về việc chăm sóc sức khỏe mà chúng tôi đã cung cấp cho quý vị.

Quyền nhận bản giấy của thông báo này. Quý vị có quyền nhận một bản giấy của Thông Báo này. Ngay cả khi quý vị đã đồng ý nhận Thông Báo này dưới hình thức điện tử, quý vị vẫn có quyền nhận một bản giấy của Thông Báo. Quý vị có thể lấy một bản sao của Thông Báo này trên trang web của chúng tôi (www.memorialcare.org). Bản giấy của Thông Báo này cũng được cung cấp tại bộ phận tiếp nhận người bệnh hoặc quầy đăng ký của tất cả các Cơ sở MemorialCare.

Thay đổi đối với Thông Báo này

Chúng tôi có quyền sửa đổi Thông Báo này. Chúng tôi cũng có quyền áp dụng Thông Báo đã được sửa đổi hoặc thay đổi đối với thông tin y tế mà chúng tôi đã lưu giữ về quý vị cũng như bất kỳ thông tin nào chúng tôi nhận được trong tương lai. Chúng tôi sẽ niêm yết bản hiện hành của Thông Báo này tại mỗi Cơ Sở MemorialCare cũng như trên trang web của chúng tôi (www.memorialcare.org). Ngày có hiệu lực của Thông Báo sẽ được ghi ở góc dưới bên trái của trang đầu tiên.

Khiếu nại

Nếu quý vị cho rằng quyền riêng tư của mình đã bị xâm phạm, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cho chúng tôi và cho Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (Department of Health and Human Services). Để biết thông tin về cách nộp đơn khiếu nại cho chúng tôi, vui lòng liên hệ Giám Đốc Tuân Thủ/Quyền Riêng Tư của MemorialCare theo số điện thoại (714) 377-3218 để

được hướng dẫn. Mọi đơn khiếu nại phải được lập bằng văn bản. Chúng tôi sẽ không có bất kỳ hành động bất lợi nào đối với quý vị và quý vị sẽ không bị xử phạt hoặc chịu bất kỳ hình thức bất lợi nào vì đã nộp đơn khiếu nại.

Các Cơ Sở MemorialCare áp dụng thông báo này

Danh sách các Cơ sở MemorialCare (MC) áp dụng Thông Báo này có thể được xem tại www.memorialcare.org hoặc có thể được cung cấp khi quý vị liên hệ với Giám Đốc Tuân Thủ của MemorialCare theo địa chỉ hoặc số điện thoại dưới đây.

Thông tin liên hệ Giám Đốc Tuân Thủ/Quyền Riêng Tư của MC:

Giám Đốc Tuân Thủ/Quyền Riêng Tư

MemorialCare

17360 Brookhurst Avenue

Fountain Valley, CA 92708

(714) 377-3218 Số điện thoại

(714) 377-3225 Fax