

## اطلاعیه شیوه حفظ حریم خصوصی

## KAISER PERMANENTE — منطقه کالیفرنیا جنوبی

در این اطلاعیه، درباره نحوه استفاده و افشای اطلاعات پزشکی شما و نحوه دسترسی شما به این اطلاعات توضیحاتی ارائه شده است.

لطفاً آن را با دقت بخوانید.

در این اطلاعیه، ما از اصطلاحات «ما»، «ما را/به ما»، «مال ما» برای توصیف Kaiser Permanente—منطقه کالیفرنیا جنوبی استفاده می‌کنیم. برای اطلاع از جزئیات بیشتر، لطفاً به بخش IV (چهار) این اطلاعیه مراجعه کنید.

## I. «اطلاعات حفاظت‌شده سلامت» چیست؟

اطلاعات حفاظت‌شده سلامت (PHI) شما آن دسته از اطلاعات سلامت است که به صورت فردی قابل شناسایی است، از جمله اطلاعات جمعیت‌شناختی، در مورد سلامت جسمی یا روانی گذشته، حال یا آینده شما، خدمات مراقبت‌های سلامت که دریافت می‌کنید و پرداختی‌های گذشته، حال یا آینده که برای مراقبت‌های سلامتتان پرداخت کرده‌اید یا پرداخت خواهید کرد. اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل اطلاعاتی مانند نام، شماره تأمین اجتماعی، نشانی و تاریخ تولد شما است. اطلاعات حفاظت‌شده سلامت (PHI) همچنین شامل داده‌های مربوط به نژاد/قومیت، زبان، هویت جنسیتی، گرایش جنسی و ضمائر فردی می‌باشد.

PHI ممکن است به صورت شفاهی، کتبی یا الکترونیکی باشد. نمونه‌هایی از PHI عبارتند از سوابق پزشکی، سوابق مطالبات، اطلاعات ثبت‌نام یا لغو ثبت‌نام و ارتباطات بین شما و ارائه‌دهنده خدمات سلامت در مورد مراقبت شما.

اگر تشخیص داده شود که PHI شما مطابق با استانداردهای HIPAA غیرقابل شناسایی است، دیگر مشمول عنوان PHI نمی‌شود.

اگر شما عضو Kaiser Foundation Health Plan و همچنین یکی از کارمندان شرکت Kaiser Permanente هستید، PHI شما شامل اطلاعات سلامت موجود در سوابق استخدام شما نمی‌شود.

## II. درباره مسئولیت ما در قبال حفاظت از اطلاعات حفاظت‌شده سلامت (PHI) شما

به موجب قانون ما باید

1. از حریم خصوصی PHI شما محافظت کنیم؛
2. درباره حقوق شما و وظایف قانونی‌مان در ارتباط با PHI، به شما اطلاع‌رسانی کنیم؛
3. در صورت نقض امنیت PHI، به شما اطلاع دهیم؛ و
4. در مورد شیوه‌های حفظ حریم خصوصی که اعمال می‌کنیم به شما اطلاع‌رسانی کنیم و از اطلاعیه‌ای که در حال حاضر اجرا می‌شود، پیروی کنیم.

ما این مسئولیت‌ها را جدی می‌گیریم و برای حفاظت از شما اقدامات حفاظتی اداری (مانند آموزش آگاهی از امنیت و سیاست‌ها و رویه‌ها)، تدابیر حفاظتی فنی (مانند رمزگذاری و استفاده از گذرواژه‌ها) و اقدامات حفاظتی فیزیکی (مانند مناطق قفل‌شده و الزام به داشتن کارت شناسایی) را برای حفاظت از PHI شما اعمال کرده‌ایم و مانند گذشته، همچنان اقدامات مناسب را برای حفظ حریم خصوصی PHI شما انجام خواهیم داد.

ممکن است ما اطلاعات حفاظت‌شده سلامت (PHI) شما را، همانطور که در صفحات بعدی توضیح داده شده است، مطابق با مجوزهای صادر شده توسط مقررات قانون انتقال و پاسخگویی بیمه سلامت (HIPAA) در اختیار دیگران قرار دهیم. هرگونه افشای مجدد اطلاعات حفاظت‌شده سلامت (PHI) شما توسط گیرندگان، دیگر تحت حمایت قوانین HIPAA نخواهد بود.

## III. حقوق شما در خصوص اطلاعات حفاظت‌شده سلامت (PHI)

این بخش حقوق شما در رابطه با PHI را توضیح می‌دهد و نحوه استفاده از این حقوق را بیان می‌کند.

## حق دسترسی شما به PHI خود و اصلاح آن

با رعایت برخی استثنائات، شما حق دارید اطلاعات حفاظت شده سلامت (PHI) خود را که در سوابق مربوط به مراقبت، تصمیم‌گیری‌های درمانی یا پرداخت هزینه‌های مراقبتی شما نگهداری می‌کنیم، مشاهده یا یک کپی از آن را دریافت کنید. با رعایت برخی استثنائات، درخواست‌ها باید به صورت کتبی ارائه شوند. ممکن است برای ارائه کپی‌ها، خلاصه یا توضیحات PHI هزینه‌ای معقول و مبتنی بر هزینه واقعی از شما دریافت کنیم.

اگر پرونده‌ای را که شما درخواست کرده‌اید در دسترس نداشته باشیم اما بدانیم چه کسی آن را دارد، به شما خواهیم گفت برای درخواست آن با چه کسی تماس بگیرد. در برخی شرایط محدود، ممکن است ما با تمام یا بخشی از درخواست شما برای مشاهده یا دریافت کپی سوابقتان موافقت نکنیم، اما در صورت انجام این کار، دلیل آن را به صورت کتبی به شما اعلام کرده و در صورت وجود، حق شما برای بازبینی این تصمیم را توضیح خواهیم داد.

اگر معتقدید در PHI شما اشتباهی وجود دارد یا اطلاعات مهمی ناقص است، می‌توانید درخواست کنید که پرونده را اصلاح یا اطلاعات را به آن اضافه کنیم. درخواست‌ها باید کتبی باشند، به ما بگویید که چه اصلاحات یا اطلاعات اضافه‌ای را درخواست می‌کنید و چرا باید این تغییرات انجام شود. ما پس از بررسی درخواستتان، به صورت کتبی به شما پاسخ خواهیم داد. در صورت تأیید درخواستتان، موارد تصحیح یا افزودن اطلاعات به PHI شما را انجام خواهیم داد. اگر درخواست شما را رد کنیم، دلیل آن را به شما اعلام کرده و حق شما برای ارائه یک بیانیه کتبی عدم موافقت را توضیح خواهیم داد. اظهارات شما برای هر مورد از سوابقتان که فکر می‌کنید نادرست یا ناقص است، نباید بیشتر از 250 کلمه باشد. اگر می‌خواهید اظهارات شما را در موارد افشای آینده که از آن قسمت از سوابق شما انجام می‌دهیم، بیاوریم، به طور واضح و کتباً به ما بگویید. ممکن است به جای اظهارات شما، یک خلاصه ارائه دهیم.

تمام درخواست‌های مکتوب را به مرکز یا دفتر پزشکی Kaiser Permanente که مراقبت‌های خود را از آنجا دریافت کرده‌اید، ارسال کنید. اگر به آن نشانی نیاز دارید، لطفاً با مرکز تماس خدمات اعضا به شماره (TTY 711) 1-800-464-4000 تماس بگیرید. با این حال، اگر نمی‌دانید سوابق مورد نظر شما کجا قرار دارد، لطفاً درخواست خود را کتباً به آدرس زیر ارسال کنید:  
**Director of Privacy & Security Compliance, Kaiser Permanente Ethics & Compliance Office,  
 1 Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612, 19th Floor**

## حق شما در انتخاب نحوه ارسال PHI برای خودتان یا شخصی دیگر

می‌توانید از ما بخواهید PHI را به نشانی دیگری (مثلاً نشانی محل کارتان) یا به روش‌های دیگر (مثلاً به جای ارسال نامه معمولی از طریق نمابر) برای شما ارسال کنیم.

اگر PHI به صورت الکترونیکی ذخیره شده باشد، می‌توانید یک نسخه از سوابقتان را در قالب الکترونیکی که توسط Kaiser Permanente ارائه شده است، درخواست کنید. همچنین، می‌توانید یک درخواست کتبی ویژه به Kaiser Permanente ارسال کنید تا نسخه‌ای از PHI به شخص ثالث تعیین شده ارسال شود. ممکن است مبلغی منطقی و براساس هزینه‌ای که صرف می‌شود از شما دریافت کنیم.

## حق شما برای دریافت ارتباطات محرمانه

شما حق دارید درخواست کنید که ما در مورد مسائل مربوط به سلامت، از طریق یک نشانی پستی، نشانی ایمیل یا شماره تلفن جایگزین با شما ارتباط برقرار کنیم.

می‌توانید یک نشانی جایگزین به ما ارائه دهید تا بتوانیم مکاتبات مربوط به خدمات حساسی که دریافت می‌کنید (خدمات بهداشتی مرتبط با سلامت روان یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، عفونت‌های مقاربتی، اختلال سوء مصرف مواد، مراقبت‌های تأیید کننده جنسیت و خشونت از سوی شریک عاطفی) را مستقیماً به شما ارسال کنیم. اگر نشانی جایگزینی تعیین نکنید، تمام مکاتبات مربوط به دریافت خدمات حساس به نام شما و به نشانی یا شماره تلفن ثبت شده در پرونده ارسال خواهد شد.

ارتباطات موضوع این بند، شامل مکاتبات کتبی، شفاهی یا الکترونیکی زیر خواهد بود:

(i) صورت حساب‌ها و اقدام برای وصول پرداخت.

(ii) اطلاعیه تصمیمات منفی در مورد مزایا.

(iii) اطلاعیه توضیح مزایا.

(iv) درخواست شرکت بیمه درمانی برای اطلاعات تکمیلی درباره یک ادعا (خسارت).

(v) اطلاعیه در مورد مطالبه مورد اعتراض.

(vi) نام و نشانی ارائه‌دهنده خدمات، شرح خدمات ارائه‌شده، و سایر اطلاعات مربوط به یک مراجعه

(vii) هرگونه ارتباط کتبی، شفاهی یا الکترونیکی از طرف بیمه‌گر سلامت که حاوی اطلاعات حفاظت‌شده سلامت باشد.

برای ارائه یک نشانی محرمانه جهت دریافت ارتباطات محرمانه، می‌توانید فرم درخواست ارتباطات محرمانه در پایین صفحه اصلی KP.org را تکمیل کنید یا برای دریافت راهنمایی با مرکز تماس خدمات اعضا به شماره تلفن (TTY 711) 1-800-464-4000 تماس بگیرید.

### حق شما برای دریافت گزارش موارد افشای PHI

شما می‌توانید فهرستی از موارد افشای PHI خود را از ما درخواست کنید. درخواست خود را کتباً به نشانی زیر برای ما ارسال کنید: Director of Privacy & Security Compliance, Kaiser Permanente Ethics & Compliance Office, 1 Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612, 19th Floor. شما در هر دوره 12 ماهه حق درخواست یک گزارش از موارد افشا را به‌صورت رایگان دارید. اگر در کمتر از 12 ماه برای بررسی موارد افشا دوباره درخواست کنید، ممکن است متحمل پرداخت هزینه شوید.

گزارش شامل موارد افشای خاصی نیست؛ به عنوان مثال، موارد افشا شامل موارد زیر است:

- برای انجام دادن اقدامات درمانی، پرداختی‌ها و اقدامات مراقبت‌های سلامت؛
- که Kaiser Permanente دارای مجوز امضا شده برای آنها است؛
- افشای PHI شما به خودتان؛
- از فهرست مراکز Kaiser Permanente؛
- برای اطلاع‌رسانی‌هایی با هدف امداد رسانی در بلایای طبیعی؛
- برای افرادی که در مراقبت از شما دخیل هستند و افرادی که به نمایندگی از شما اقدام می‌کنند؛ یا
- تحت پوشش حق بررسی نیست.

شما حق دارید فهرستی از موارد افشای اطلاعات توسط یک واسطه را برای پرونده‌هایی که با رضایت کتبی در یک برنامه سوءمصرف مواد (SUD) افشا شده‌اند، دریافت کنید. فهرست موارد افشای اطلاعات، محدود به مواردی است که ظرف مدت 3 سال گذشته از تاریخ درخواست شما انجام شده باشد.

### حق شما برای درخواست محدودیت موارد استفاده و افشای PHI

شما می‌توانید درخواست کنید که ما موارد استفاده و افشای PHI شما را برای اهداف درمان، پرداخت و مراقبت‌های سلامت محدود کنیم. ما درخواست شما را بررسی و ملاحظه خواهیم کرد. شما می‌توانید برای رسیدگی به درخواستتان، از طریق مکاتبه با مرکز یا مطب Kaiser Permanente که در آن مراقبت‌های سلامتتان را دریافت کردید، در تماس باشید. اگر به آن نشانی نیاز دارید، لطفاً با مرکز تماس خدمات اعضا به شماره (TTY 711) 1-800-464-4000 تماس بگیرید. با این حال، اگر نمی‌دانید سوابق مورد نظر شما کجا قرار دارد، لطفاً درخواست خود را کتباً به آدرس زیر ارسال کنید: Director of Privacy & Security Compliance, Kaiser Permanente Ethics & Compliance Office, 1 Kaiser Plaza, Oakland CA 94612, 19th Floor.

ما ملزم به موافقت با درخواست شما نیستیم، مگر در حدی که شما درخواست محدودیت در موارد افشای اطلاعات برای یک طرح سلامت یا بیمهگر را برای اهداف پرداخت یا ارائه مراقبت‌های سلامت داشته باشید و اقلام یا خدمات به طور کامل از جیب شما پرداخت شده باشد. با این حال، ما هنوز هم به منظور درمان شما می‌توانیم اطلاعات را برای یک طرح سلامت یا بیمهگر افشا کنیم. چنانچه هزینه خدمات به‌طور کامل و فردی از جیب توسط شما یا فرد دیگری از جانب شما پرداخت نشود، ما ملزم نیستیم با درخواست شما مبنی بر محدود کردن استفاده یا افشای PHI جهت امور مربوط به اقدامات مراقبت‌های سلامت، پرداخت یا اهداف درمانی موافقت کنیم. برای درخواست محدود کردن استفاده از PHI جهت پرداخت هزینه‌ها یا اقدامات مراقبت‌های سلامت، لطفاً قبل از دریافت خدمات در مرکز یا مطب Kaiser Permanente که در آن تحت مراقبت هستید، درخواست خود را ارائه دهید.

#### حق شما برای دریافت نسخه کاغذی از این اطلاعیه

همچنین شما حق دارید در صورت درخواست، یک نسخه کاغذی از این اطلاعیه را دریافت کنید.

#### IV. شرکت‌های Kaiser Permanente که مشمول این اطلاعیه هستند

این اطلاعیه مربوط به Kaiser Permanente منطقه کالیفرنیا جنوبی است، که شامل موارد زیر می‌شود

- Southern California Permanente Group (SCPMG)،

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.، شامل طرح سلامت آن و اقدامات ارائه‌دهنده و

- Kaiser Foundation Hospitals (KFH).

مراکز ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی ما شامل مطب‌های پزشکی Kaiser Permanente، بیمارستان‌ها و مراکز جراحی سرپایی و سایر واحدهای Kaiser Permanente در منطقه، مراکز تماس برای مشاوره و نوبت‌دهی به اعضا، و همچنین وبسایت‌ها و برنامه‌های تلفن همراه مخصوص اعضای ما می‌باشد.

این شرکت‌های Kaiser Permanente برای ارائه مراقبت‌های سلامت مورد انتظار شما، معالجه شما، پرداخت هزینه مراقبت از شما و انجام دادن فعالیت‌های ما مانند تضمین کیفیت، تأیید، امور مربوط به مجوز و رعایت قانون، PHI شما را با یکدیگر به اشتراک می‌گذارند.

کارکنان ما با عنوان کارمندان، پزشکان، کارشناسان مراکز KFH و سایر افرادی که مجاز به وارد کردن اطلاعات در پرونده پزشکی KFH هستند، داوطلبان یا افرادی که در سایر موقعیت‌ها با ما کار می‌کنند، ممکن است به PHI شما دسترسی داشته باشند.

#### V. چگونه ممکن است از PHI شما استفاده و آن را افشا کنیم

حفظ محرمانگی شما برای ما مهم است. پزشکان و کارمندان ما ملزم به حفظ محرمانگی PHI اعضا/بیماران ما هستند و ما سیاست‌ها و روش‌ها و سایر اقدامات حفاظتی لازم را اتخاذ کرده‌ایم تا از اطلاعات شما در برابر استفاده یا افشای نامناسب محافظت کنیم. بعضی اوقات طبق قانون مجاز به استفاده و افشای PHI خاص بدون اجازه کتبی شما هستیم. ما در زیر این کاربردها و افشاگری‌ها را به‌طور خلاصه برایتان شرح می‌دهیم و چند مثال برای شما ارائه می‌دهیم.

اینکه چقدر بدون اجازه کتبی، از PHI شما استفاده یا آن را افشا کرده باشیم، به عنوان مثال بسته به هدف مورد نظر برای استفاده یا افشای آن متفاوت خواهد بود. بعضی اوقات ممکن است فقط نیاز به استفاده یا افشای PHI به صورت محدود داشته باشیم، مانند ارسال یادآوری قرار ملاقات برای شما یا تأیید عضویت‌تان در طرح سلامت. در برخی موارد دیگر، ممکن است نیاز به استفاده یا افشای PHI بیشتری داشته باشیم، مانند زمانی که در حال ارائه خدمات درمانی هستیم.

- **درمان:** این مهم‌ترین مورد استفاده و افشای اطلاعات حفاظت‌شده سلامت (PHI) شما است. به عنوان مثال، پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان مراقبت‌های سلامت ما از جمله کارآموزانی که درگیر مراقبت از شما هستند، از PHI شما برای تشخیص وضعیت شما و ارزیابی نیازهای مراقبت‌های سلامتتان استفاده و آن را افشا می‌کنند. کارکنان ما برای تهیه و هماهنگی مراقبت و خدمات مورد نیاز شما از PHI شما استفاده و آن را افشا می‌کنند: به عنوان مثال، نسخه‌ها، عکسبرداری‌های اشعه ایکس و آزمایش‌های تشخیصی. اگر به مراقبت از سوی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت که عضو Kaiser Permanente نیستند (مانند منابع اجتماعی برای کمک به نیازهای مراقبت‌های سلامت در خانه) نیاز دارید، ما می‌توانیم PHI شما را در اختیار آنها قرار دهیم.

- **پرداخت هزینه‌ها:** ممکن است PHI شما برای تعیین مسئولیت ما در پرداخت هزینه‌ها، یا برای صدور صورتحساب و دریافت هزینه‌های درمان و خدمات مرتبط با سلامتی که دریافت می‌کنید، مورد نیاز باشد. به عنوان مثال، ممکن است ما مسئول پرداخت هزینه‌های درمانی که از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می‌کنید، باشیم. هنگامی که شما یا ارائه‌دهنده، صورتحسابی برای خدمات سلامت و درمان برای ما ارسال می‌کنید، برای تعیین اینکه مسئولیت پرداخت چه مقدار از صورتحساب، در صورت وجود، با ما است، از PHI شما استفاده و آن را افشا می‌کنیم.
- **اقدامات مراقبت‌های سلامت:** ممکن است ما از PHI شما برای برخی از اقدامات مراقبت‌های سلامت استفاده و آنها را افشا کنیم؛ برای مثال، ارزیابی و بهبود کیفیت، آموزش و ارزیابی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، صدور مجوز، اعتباربخشی و تعیین حق بیمه و سایر هزینه‌های ارائه مراقبت‌های سلامت.
- **شرکای تجاری:** ممکن است ما با شرکای تجاری برای انجام دادن برخی وظایف یا فعالیت‌ها از طرف خودمان، مانند امور پرداخت هزینه‌ها و اقدامات مراقبت‌های سلامت، قرارداد ببندیم. این شرکای تجاری باید توافق کنند که از PHI شما محافظت می‌کنند.
- **یادآوری وقت و ویزیت:** ممکن است ما از PHI شما استفاده کنیم تا درباره ویزیت‌های درمانی یا سایر مراقبت‌های سلامت مورد نیازتان با شما تماس بگیریم.
- **تأیید هویت بیمار:** ممکن است ما به منظور شناسایی از شما عکس بگیریم و آن عکس را در پرونده پزشکی شما ذخیره کنیم. این کار برای محافظت و امنیت شما است، اما می‌توانید از آن انصراف دهید.
- **تبادل اطلاعات سلامت:** ممکن است ما اطلاعات سلامت شما را به صورت الکترونیکی با سایر سازمان‌ها از طریق شبکه تبادل اطلاعات سلامت (HIE) به اشتراک بگذاریم. این سازمان‌ها ممکن است شامل بیمارستان‌ها، آزمایشگاه‌ها، مراکز ارائه خدمات درمانی، ادارات مربوط به سلامت عمومی، طرح‌های بیمه سلامت و سایر شرکت‌کنندگان باشند. Kaiser Permanente از شبکه HIE در میان مناطق Kaiser Permanente استفاده می‌کند و همچنین از طریق چند شبکه HIE با سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی خارج از Kaiser Permanente که آنها هم سیستم سوابق پزشکی الکترونیکی دارند، در ارتباط است. انتشار اطلاعات به صورت الکترونیکی راهی سریع‌تر برای رساندن اطلاعات پزشکی شما به ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت است که در حال درمان شما هستند. برای مثال، اگر شما به بخش اورژانس بیمارستانی مراجعه کنید که در یک شبکه HIE مشترک با Kaiser Permanente مشارکت داشته دارد، پزشکان بخش اورژانس می‌توانند برای کمک به تصمیم‌گیری‌های درمانی شما به اطلاعات سلامت Kaiser Permanente شما دسترسی داشته باشند. شرکت‌کنندگان HIE مانند Kaiser Permanente موظف به رعایت قوانینی هستند که از حریم خصوصی و امنیت اطلاعات و اطلاعات شخصی شما محافظت می‌کنند.
- شرکت در HIE به انتخاب شماست. شما می‌توانید در هر زمان، با تکمیل فرم «انصراف از تبادل الکترونیک اطلاعات سلامت» (Health Information Exchange Opt-Out) که در [اینجا](#) در دسترس است، انتخاب کنید که اطلاعات شما به صورت الکترونیکی از طریق HIE به اشتراک گذاشته نشود. اگر تصمیم به انصراف از HIE بگیرید، این موضوع به هیچ وجه بر دسترسی شما به خدمات درمانی در Kaiser Permanente تأثیر نخواهد گذاشت.
- اگر سوابق پزشکی شما حاوی اطلاعات خاصی (مانند اطلاعات مربوط به برنامه اختلالات سوء مصرف مواد) باشد که طبق قوانین ایالتی یا فدرال قبل از به اشتراک گذاشتن اطلاعات به رضایت شما نیاز دارد، تا زمانی که شما اجازه ندهید، Kaiser Permanente این اطلاعات را از طریق HIE در اختیار سایر پزشکان معالج شما قرار نخواهد داد. برای بررسی اینکه آیا پیش از انتشار سوابق شما از طریق HIE توسط Kaiser Permanente، به رضایت شما نیاز است یا خیر و همچنین برای ارائه مجوز، اینجا کلیک کنید. <https://healthy.kaiserpermanente.org/health/mycare/consumer/my-health-manager/my-medical-record/authorize-sharing/>
- طبق قوانین ایالت کالیفرنیا، اطلاعات پزشکی مربوط به سقط جنین و خدمات مرتبط با آن از طریق HIE با نهادهای خارج از ایالت کالیفرنیا به اشتراک گذاشته نخواهد شد، مگر اینکه شما مجوز معتبر ارائه کرده باشید یا طبق قانون، اشتراک‌گذاری بدون مجوز شما مجاز باشد.

- **انواع خاصی از PHI:** برای استفاده و افشای برخی از انواع PHI الزامات سختگیرانه‌تری وجود دارد، به عنوان مثال، اطلاعات بیمار درباره سلامت روان و سوء مصرف مواد مخدر و الکل، آزمایش‌های HIV و اطلاعات آزمایش ژنتیک. با این حال، هنوز شرایطی وجود دارد که بدون اجازه شما می‌توان از این نوع اطلاعات استفاده یا آنها را افشا کرد. اگر شما به عنوان بیمار در برنامه «اختلالات سوء مصرف مواد» (SUD) پذیرفته شوید، طبق الزامات قانونی، اطلاعاتی کتبی جداگانه‌ای در مورد حقوق حریم خصوصی مربوط به اطلاعات حفاظت‌شده سلامت (PHI) شما در این برنامه ارائه خواهیم داد.
- برای استفاده و افشای سوابق «اختلالات سوء مصرف مواد» (SUD) شما که در یک برنامه SUD ایجاد شده است، می‌توانید یک رضایت‌نامه واحد برای تمام استفاده‌ها یا افشاهای آتی در راستای مقاصد درمانی، پرداخت هزینه‌ها و اقدامات مراقبت‌های سلامت، مطابق با توضیحات این اطلاعیه، ارائه دهید. در صورتی که این رضایت‌نامه واحد ارائه شود، ما می‌توانیم آن سوابق را مطابق با مقررات HIPAA در راستای مقاصد درمانی، پرداخت هزینه‌ها و اقدامات مراقبت‌های سلامت استفاده و افشا کنیم، مگر اینکه شما رضایت خود را به صورت کتبی لغو کنید.
- **ارزیابی ریسک و تعهد مالی:** ممکن است ما از PHI شما تا حدی که طبق قانون فعلی مجاز است، با هدف ارزیابی ریسک و تعهد مالی، از جمله تعیین صلاحیت مزایا و هزینه‌های پوشش بیمه، و انجام دادن سایر فعالیت‌های مرتبط با صدور بیمه‌نامه مزایا، استفاده یا آنها را فاش کنیم. با این حال، ما اطلاعات ژنتیکی، نژاد/قومیت، زبان، هویت جنسیتی، گرایش جنسی و داده‌های مربوط به ضمایر را با هدف ارزیابی ریسک و تعهد مالی از بررسی یا افشا مستثنا می‌کنیم. اطلاعات ژنتیکی شما شامل اطلاعات مربوط به آزمایش‌های ژنتیکی شما، آزمایش‌های ژنتیکی اعضای خانواده‌تان، و هرگونه درخواست برای دریافت خدمات ژنتیکی یا سوابق مربوط به دریافت این خدمات توسط شما یا هر یک از اعضای خانواده‌تان است.
- **ارتباط با خانواده و دیگران در حضور شما:** گاهی اوقات ممکن است هنگام گفتگو درباره PHI شما، یکی از اعضای خانواده یا شخص دیگری که در مراقبت از شما نقش دارد، در جلسه حضور داشته باشد. اگر مخالفتی دارید، لطفاً به ما بگویید، در آن صورت ما در مورد PHI شما گفتگو نخواهیم کرد یا از آن فرد می‌خواهیم آنجا را ترک کند.
- **ارتباط با خانواده و دیگران در غیاب شما:** ممکن است مواردی وجود داشته باشد که لازم باشد PHI شما را برای یکی از اعضای خانواده یا فرد دیگری که در مراقبت از شما نقش دارد، افشا کنیم؛ این موارد شامل شرایط اضطراری، عدم حضور شما، یا عدم توانایی شما در تصمیم‌گیری برای موافقت یا مخالفت است. در این موارد، ما از قضاوت حرفه‌ای خود استفاده خواهیم کرد تا تعیین کنیم آیا افشای PHI به نفع شما است یا خیر. در این صورت، ما افشای PHI را فقط به مواردی که مستقیماً مربوط به مشارکت شخص در مراقبت‌های سلامت شما است محدود خواهیم کرد. به عنوان مثال، ممکن است به کسی اجازه دهیم نسخه‌ای را برای شما (از داروخانه) بگیرد.
- **افشای اطلاعات در موارد کمک‌رسانی در بلایای طبیعی:** ممکن است ما نام، شهر محل سکونت، سن، جنسیت و وضعیت عمومی شما را برای کمک به تلاش‌های امداد رسانی در مواقع اضطراری نزد یک سازمان امداد رسانی دولتی یا خصوصی افشا کنیم، مگر اینکه شما در آن زمان با این کار مخالفت کنید.
- **افشای اطلاعات به والدین به عنوان نمایندگان قانونی افراد زیر سن قانونی:** در بیشتر موارد، ممکن است ما اطلاعات شخصی سلامت فرزندان را که زیر سن قانونی است برای شما افشا کنیم. با این حال، در برخی شرایط، ما مجاز هستیم یا حتی طبق قانون ملزم هستیم از دسترسی شما به PHI فرزندان که زیر سن قانونی است ممانعت کنیم. یک نمونه از شرایطی که ما باید بر اساس نوع مراقبت‌های سلامت از چنین دسترسی‌ای ممانعت کنیم، زمانی است که یک فرزند 12 ساله یا بزرگتر، خواستار دریافت مراقبت برای عارضه یا بیماری و اگیردار باشد. یکی دیگر از موقعیت‌هایی که باید دسترسی والدین را سلب کنیم، زمانی است که افراد زیر سن قانونی از حقوق بزرگسال برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های سلامت خود برخوردار باشند. این افراد زیر سن قانونی شامل مواردی می‌شوند که برای مثال، ازدواج کرده‌اند (یا قبلاً ازدواج کرده بودند) یا دارای حکم خروج از تحت تکفل از سوی دادگاه هستند.
- **فهرست مراکز درمانی:** هنگامی که در یکی از مراکز ما به عنوان بیمار هستید، ممکن است ما فهرستی ایجاد کنیم که شامل نام، موقعیت اتاق و شرایط عمومی شما باشد. این اطلاعات ممکن است به هر فردی که نام شما را بپرسد، افشا شود. به علاوه، می‌توانیم وابستگی مذهبی شما را در صورت امکان برای کثیش افشا کنیم. شما می‌توانید نسبت به استفاده یا افشای برخی یا تمام این اطلاعات اعتراض داشته باشید. در صورت مخالفت شما، این اطلاعات در اختیار ملاقات کنندگان یا دیگر عموم مردم قرار داده نخواهند شد.

- **تحقیقات: Kaiser Permanente** در تحقیقات گسترده و مهمی مشارکت دارد. برخی از تحقیقات ما ممکن است شامل اقدامات پزشکی باشد و برخی نیز محدود به جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل داده‌های سلامت است. تمام انواع تحقیقات ممکن است شامل استفاده یا افشای PHI شما باشد. اگر یک هیئت بررسی نهادی (Institutional Review Board) یا به اختصار (IRB) چنین مورد استفاده یا افشایی را تأیید کند، PHI شما ممکن است بدون اجازه شما برای تحقیق استفاده یا افشا شود. IRB کمیته‌ای است که طبق قانون فدرال، مسئول بررسی و تصویب تحقیقات دارای نمونه‌های انسانی در جهت محافظت از امنیت شرکت‌کنندگان و محرمانه بودن PHI آنها است.
- **اهدای عضو:** ممکن است ما برای کمک به اهدای عضو، چشم یا سایر بافت‌ها، PHI شما را به سازمان‌های تأمین‌کننده اعضا ارائه دهیم یا افشا کنیم.
- **فعالیت‌های سلامت عمومی:** فعالیت‌های سلامت عمومی طیف گسترده‌ای از وظایفی را در بر می‌گیرد که توسط نهادهای دولتی یا با مجوز آنها جهت ارتقا و محافظت از سلامت جامعه انجام می‌شود؛ انجام این وظایف ممکن است ما را ملزم به افشای PHI شما نماید.
  - برای نمونه، ممکن است ما به‌عنوان بخشی از تعهد خود جهت گزارش‌دهی به مقامات سلامت عمومی درباره برخی بیماری‌ها، آسیب‌ها، عارضه‌ها، و رخدادهای حیاتی همانند تولد، اطلاعات حافظت‌شده سلامت (PHI) شما را منتشر کنیم. گاهی اوقات ممکن است PHI شما را برای شخصی که ممکن است در معرض بیماری مسری قرار داشته باشد یا کسی که ممکن است در معرض خطر ابتلا یا شیوع بیماری قرار داشته باشد، افشا کنیم.
  - اداره غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) مسئول ردیابی و نظارت برخی محصولات پزشکی همانند دستگاه‌های تنظیم ضربان قلب و پروتزهای جایگزین مفصل ران، شناسایی مشکلات و ایرادهای مربوط به محصولات و نیز آسیب‌های احتمالی ناشی از آنها است. اگر یکی از این محصولات را دریافت کرده باشید، ممکن است از PHI شما برای FDA یا سایر اشخاص یا سازمان‌های مجاز مانند سازنده محصول استفاده و اطلاعات را برای آنها افشا کنیم.
  - ما می‌توانیم جهت پیروی از قوانین فدرال و ایالتی حاکم بر ایمنی محیط کار، اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده (PHI) شما را به کار ببریم و منتشر کنیم.
- **نظارت بر سلامت:** ما به‌عنوان ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و طرح‌های سلامت، تحت نظارت آژانس‌های فدرال و ایالتی هستیم. این آژانس‌ها ممکن است فعالیت‌ها و اقدامات ما را ممیزی کنند و در این روند، ممکن است PHI شما را نیز بررسی کنند.
- **افشای اطلاعات به کارفرما یا سازمان کارکنان شما:** اگر از طریق کارفرما یا سازمان کارکنانتان در Kaiser Foundation Health Plan, Inc. ثبت‌نام شده باشید، ممکن است ما اطلاعات خاصی از PHI را بدون اجازه شما با آنها به اشتراک بگذاریم، اما فقط در مواردی که قانون اجازه دهد. به عنوان مثال، ممکن است ما PHI شما را برای درخواست جبران خسارت کارگران یا برای تعیین اینکه آیا در طرح ثبت‌نام کرده‌اید یا خیر یا حق بیمه از طرف شما پرداخت شده است یا خیر، افشا کنیم. برای اهداف دیگر، مانند درخواست‌های کارفرمای شما یا سازمان کارکنان از طرف شما، در صورت لزوم طبق قانون قابل اجرا، از شما اجازه خواهیم گرفت.
- **جبران خسارت کارکنان:** ممکن است ما از اطلاعات PHI شما استفاده کنیم و آن را برای رعایت قوانین جبران خسارت کارکنان افشا کنیم. به عنوان مثال، ممکن است ما اطلاعات پزشکی شما را در مورد آسیب یا بیماری ناشی از کار به مدیران امور درخواست‌ها، شرکت‌های بیمه و سایر افرادی که مسئولیت ارزیابی درخواست شما را در مورد مزایای جبران خسارت کارکنان دارند، ارسال کنیم.
- **فعالیت‌های نظامی و امنیت ملی:** ممکن است ما در برخی موارد، PHI پرسنل نیروهای مسلح را در اختیار مقامات نظامی ذی‌صلاح قرار دهیم؛ این کار زمانی انجام می‌شود که آنها تشخیص دهند افشای این اطلاعات برای اجرای صحیح مأموریت‌های نظامی ضروری است. همچنین، می‌توانیم PHI شما را در صورت لزوم جهت فعالیت‌های امنیت ملی و اطلاعاتی یا برای محافظت از رئیس جمهوری و سایر مقامات دولتی و مقامات عالی، به مقامات رسمی فدرال اعلام کنیم.

- **جمع‌آوری کمک‌های مالی:** ممکن است ما از اطلاعات جمعیت‌شناختی و سایر PHI شما به‌صورت محدود مانند تاریخ‌ها و مکان‌هایی که خدمات سلامت در آنها ارائه شده است استفاده کنیم یا آنها را در اختیار سازمان‌های خاصی قرار دهیم تا بتوانند با شما تماس بگیرند و برای سازمان ما کمک مالی جمع کنند. اگر برای اهداف جمع‌آوری کمک مالی با شما تماس بگیریم، به شما به‌صورت واضح فرصت می‌دهیم تا در صورت عدم تمایل انتخاب کنید دیگر تماس‌های مربوط به جمع‌آوری کمک مالی را دریافت نکنید.
- **الزام قانونی:** در برخی شرایط قانون فدرال یا ایالتی ایجاب می‌کند که PHI شما را برای دیگران افشا کنیم. به عنوان مثال، دبیر اداره سلامت و خدمات انسانی ممکن است فعالیت‌های ما در جهت هماهنگی را بررسی کند، که ممکن است شامل رؤیت PHI شما نیز باشد.
- **دعای قضایی و سایر اختلافات حقوقی:** ممکن است ما در پاسخ به حکم دادگاه یا مراجع اداری، احضاریه یا درخواست تفتیش، از PHI شما استفاده یا آن را افشا کنیم. همچنین، می‌توانیم PHI را تا حدی که قانون بدون اجازه شما مجاز دانسته است، مورد استفاده قرار دهیم و افشا کنیم؛ به عنوان مثال، برای دفاع از یک دادخواست یا حکمیت.
- **اجرای قانون:** ممکن است ما PHI را با اهداف اجرای قانون برای مقامات مجاز افشا کنیم؛ به عنوان مثال، برای پاسخ به دستور بازرسی، گزارش جرم در مکان‌های تحت نظارت ما، یا کمک به شناسایی یا مکان‌یابی یک فرد.
- **تهدید جدی سلامتی یا ایمنی:** در صورتی که معتقد باشیم برای جلوگیری از یک تهدید جدی سلامتی یا ایمنی شما یا فردی دیگر ضرورت دارد، ممکن است ما از PHI شما استفاده یا آن را افشا کنیم.
- **سوءاستفاده یا بی‌توجهی:** طبق قانون، ممکن است ما PHI را در اختیار مراجع ذی‌صلاح قرار دهیم تا موارد مشکوک به کودک‌آزاری یا بی‌توجهی به کودک را گزارش دهند یا قربانیان مشکوک به کودک‌آزاری، بی‌توجهی یا خشونت خانگی را شناسایی کنند.
- **پزشکی قانونی و مدیران مراسم تدفین:** ممکن است ما PHI را به پزشکی قانونی یا بازپرس پزشکی ارائه کنیم تا برای شناسایی جسد، تعیین علت مرگ یا سایر وظایف قانونی از آن استفاده کنند. همچنین، ممکن است PHI را برای مدیران مراسم تدفین افشا کنیم.
- **زندانیان:** طبق قانون فدرال که ما را ملزم به ابلاغ این اطلاعیه به شما می‌کند، زندانیان برای کنترل PHI خود، از حقوق مشابه با سایر افراد برخوردار نیستند. اگر شما یکی از محکومان کانون‌های اصلاح و تربیت هستید یا در بازداشت یک نهاد مجری قانون هستید، ما می‌توانیم PHI شما را برای اهداف خاصی برای کانون اصلاح و تربیت یا نهاد اجرای قانون افشا کنیم (به‌عنوان مثال برای محافظت از سلامتی یا امنیت شما یا شخص دیگری).
- **هویت‌زدایی:** ما یا شرکای تجاری که با آنها قرارداد داریم، ممکن است از PHI شما برای هویت‌زدایی آن، طبق استانداردهای قانون HIPAA، استفاده کنیم. همچنین ممکن است این داده‌های هویت‌زدایی‌شده را در راستای اهداف اقدامات KP، در اختیار اشخاص ثالث قرار دهیم.

#### VI. سایر موارد استفاده و افشای اطلاعات PHI شما نیاز به اجازه کتبی قبلی شما دارد

- به‌جز موارد استفاده و افشای توضیح داده شده در بالا، ما بدون اجازه کتبی شما از PHI شما استفاده یا آن را افشا نمی‌کنیم. نمونه‌هایی از مواردی که ما ممکن است مجوز شما را برای استفاده یا افشای PHI درخواست کنیم عبارت‌اند از:
- **بازاریابی:** ممکن است ما برای ارائه اطلاعات مربوط به محصولات و خدماتی که احتمالاً به خرید یا استفاده از آنها علاقه‌مند باشید، از شما اجازه بخواهیم. توجه داشته باشید که ارتباطات بازاریابی شامل موارد زیر نیست: تماس ما با شما در مورد گزینه‌های درمانی، داروهای تجویزی که مصرف می‌کنید یا محصولات یا خدمات مرتبط با سلامت که ارائه می‌دهیم یا خدماتی که فقط برای ثبت‌نام‌شدگان در طرح سلامت ما در دسترس هستند. بازاریابی همچنین شامل هیچ‌گونه بحث حضوری رو در روی شما با ارائه‌دهندگان خود در مورد محصولات یا خدمات نمی‌شود.
  - **فروش اطلاعات حفاظت‌شده سلامت (PHI):** ما فقط در صورتی می‌توانیم PHI شما را بفروشیم که اجازه کتبی قبلی شما را برای این کار دریافت کرده باشیم.

- **یادداشت‌های روان‌درمانی:** در موارد نادر، ممکن است از شما اجازه استفاده و افشای «یادداشت‌های روان‌درمانی» را درخواست کنیم. طبق تعریف قانون حریم خصوصی فدرال، «یادداشت‌های روان‌درمانی» به‌طور خاص به معنای یادداشت‌هایی است که توسط یک متخصص سلامت روان که ضبط مکالمات در طول جلسات مشاوره خصوصی یا گروهی را انجام می‌دهد است، تهیه می‌شود، که این یادداشت‌ها جدا از بقیه پرونده پزشکی شما نگهداری می‌شوند. به طور کلی، همانطور که در قانون حریم خصوصی فدرال تعریف شده است، ما معمولاً یادداشت‌های روان‌درمانی را حفظ نمی‌کنیم.
- **یادداشت‌های مشاوره اختلالات سوء مصرف مواد (SUD):** در موارد نادر، ممکن است از شما اجازه استفاده و افشای «یادداشت‌های مشاوره SUD» را درخواست کنیم. قانون حریم خصوصی فدرال، «یادداشت‌های مشاوره SUD» را به‌طور بسیار مشخصی تعریف کرده است؛ این اصطلاح به معنای یادداشت‌هایی است که (در هر رسانه‌ای) توسط یک ارائه‌دهنده برنامه SUD — که متخصص اختلالات سوء مصرف مواد یا سلامت روان است — ثبت می‌شود. این یادداشت‌ها محتوای گفتگوهای انجام شده در طول یک جلسه مشاوره خصوصی SUD یا جلسات گروهی، مشترک یا خانوادگی را مستند یا تحلیل می‌کنند و باید از سایر بخش‌های پرونده پزشکی و SUD بیمار جدا نگهداری شوند. به‌طور کلی، ما یادداشت‌های مشاوره SUD را طبق تعریفی که در قانون حریم خصوصی فدرال آمده است، نگهداری نمی‌کنیم.

#### سوابق اختلالات سوء مصرف مواد (SUD):

- سوابق SUD شما، یا شهادتی که محتوای این سوابق را بیان می‌کند، در هیچ پرونده مدنی، اداری، کیفری یا قانونی علیه شما استفاده یا افشا نخواهد شد، مگر اینکه ما رضایت کتبی خاص شما یا حکم دادگاه را داشته باشیم.
- سوابق SUD شما تنها بر اساس حکم دادگاه و پس از ارائه خطریه و فرصت پاسخگویی (شنیده شدن اظهارات) به شما یا دارنده سوابق، استفاده یا افشا خواهد شد.
- حکم دادگاه که اجازه استفاده یا افشای اطلاعات را می‌دهد، باید همراه با احضاریه یا سایر دستورات قانونی مشابه باشد که افشای اطلاعات را الزامی کند، قبل از آنکه سوابق SUD شما استفاده یا افشا شوند.

وقتی اجازه شما لازم است و به ما اجازه استفاده یا افشای PHI خود را برای اهدافی می‌دهید، می‌توانید هر زمان که بخواهید کتباً به ما اطلاع دهید تا این مجوز را لغو کنیم. لطفاً توجه داشته باشید که لغو استفاده یا افشای PHI، شامل موارد استفاده یا افشا که قبل از دریافت درخواست ابطال شما انجام شده است، نخواهد شد. همچنین، اگر مجوز خود را برای تضمین بیمه‌نامه، از جمله پوشش مراقبت‌های سلامت از طرف ما، داده‌اید، ممکن است اجازه لغو مجوزتان را نداشته نباشید تا زمانی که بیمه‌گر دیگر نتواند به بیمه نامه صادر شده برای شما یا به درخواست تحت بیمه‌نامه اعتراض کند.

#### VII. نحوه تماس با ما در رابطه با این اطلاعیه یا شکایت از شیوه‌های حفظ حریم خصوصی

در صورت داشتن هرگونه پرسش در مورد این اطلاعیه یا تمایل به طرح شکایت درباره شیوه‌های حفظ حریم خصوصی، از طریق نامه با نشانی **Director of Privacy & Security Compliance, Kaiser Permanente Ethics & Compliance Office, 1 Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612, 19th Floor** شماره تلفن (711 4000-464-800 1) ما را در جریان بگذارید. شما می‌توانید به دبیر اداره سلامت و خدمات انسانی نیز اطلاع دهید.

در صورتی که از شیوه‌های حفظ حریم خصوصی ما شکایت دارید، اقدامی تلافی‌جویانه علیه شما نخواهیم داشت.

#### VIII. تغییرات اعمال شده در این اطلاعیه

مادامی که تغییرات با قوانین ایالتی و فدرال هماهنگ باشد، می‌توانیم در هر زمان در این اطلاعیه و شیوه‌های حفظ حریم خصوصی خود تغییراتی ایجاد کنیم. هرگونه اصلاحات در اطلاعیه هم در مورد PHI که ما در زمان اعمال تغییر، از قبل در مورد شما داریم اعمال خواهد شد و هم در مورد PHI که پس از اعمال تغییر دریافت یا ایجاد شده است. اگر در شیوه‌های حفظ حریم خصوصی خود تغییر مهمی ایجاد کنیم، فوراً این اطلاعیه را تغییر داده و اطلاعیه جدید را در وبسایت خود به نشانی [www.kp.org/privacy](http://www.kp.org/privacy) منتشر خواهیم کرد. به جز تغییراتی که طبق قانون الزامی است، ما قبل از بازبینی این اطلاعیه، تغییر مهمی در شیوه‌های حفظ حریم خصوصی خود اعمال نخواهیم کرد.

## IX. تاریخ اجرایی شدن این اطلاعیه

این اطلاعیه از تاریخ 16 فوریه 2026 لازم‌الاجرا است.

اطلاعیه تکمیلی شیوه‌های حریم خصوصی برای اعضای طرح Medi-Cal از Kaiser Foundation Health Plan فقط برای اعضای Medi-Cal که از طریق یکی از نهادهای زیر در Kaiser Foundation Health Plan ثبت‌نام کرده‌اند، معتبر است: مراقبت مدیریت‌شده جغرافیایی در ساکرامنتو (Geographic Managed Care Sacramento)، مراقبت مدیریت‌شده جغرافیایی در سن‌دیگو (Geographic Managed Care San Diego)، یا طرح سلامتی پیش‌پرداخت (Prepaid Health Plan) این اطلاعیه تکمیلی در کتابچه راهنمای افراد تحت پوشش Medi-Cal گنجانده شده است.

اطلاعیه تکمیلی شیوه‌های حفظ حریم خصوصی برای افراد تحت‌پوشش طرح Medi-Cal مربوط به  
\*Kaiser Foundation Health Plan

در این اطلاعیه، درباره نحوه استفاده و افشای اطلاعات پزشکی شما و نحوه دسترسی شما به این اطلاعات توضیحاتی ارائه شده است.

به عنوان یک عضو جدید، شما باید نسخه‌ای از اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی HIPAA منطقه کالیفرنیا شمالی یا منطقه کالیفرنیا جنوبی Kaiser Permanente («اطلاعیه‌های منطقه‌ای») را همراه با کارت شناسایی Kaiser Permanente جدید خود دریافت کرده باشید (یا به زودی دریافت خواهید کرد). اطلاعیه‌های منطقه‌ای درباره حقوق شما و وظایف ما در مورد اطلاعات سلامت به شما اطلاع‌رسانی می‌کند. اطلاعیه‌های منطقه‌ای همچنین نمونه‌هایی از مواردی را که طبق قانون مجاز به استفاده و افشای برخی از اطلاعات حفاظت‌شده سلامت بدون اجازه کتبی شما است، شرح می‌دهد: برای مثال، برای درمان یا برای اقدامات مراقبت‌های سلامت، مانند بهبود کیفیت.

این اطلاعیه تکمیلی مربوط به افراد تحت پوشش طرح‌های Kaiser Permanente Medi-Cal است. این اطلاعیه تکمیلی به شما در مورد تفاوت‌هایی در قوانین ایالتی می‌گوید که در برخی شرایط، ما را ملزم به کسب اجازه کتبی از شما به عنوان فرد تحت پوشش Medi-Cal برای افشای اطلاعات سلامت می‌کند اما ما را ملزم به کسب اجازه کتبی شما که تحت پوشش Medi-Cal نیستید، نمی‌کند.

بر اساس قانون ایالتی که برای ذینفعان MEDI-CAL قابل اعمال است، KAISER PERMANENTE برای استفاده از اطلاعات پزشکی شما یا افشای آن در شرایط زیر به اجازه شما نیاز دارد:

- جهت ارائه اطلاعات پزشکی به سازمان‌های تأمین‌کننده عضو پیوندی، مگر آنکه اطلاعات پزشکی یاد شده اختصاصاً وابسته به امور درمانی بیماری باشند که نامزد یا گیرنده عضو پیوندی است؛
- برای رعایت قوانین ایمنی محیط کار یا قوانین جبران خسارت کارگران، به‌جز موارد افشای اطلاعات به مقامات ایالتی یا محلی یا در راستای امور درمانی؛
- فراهم‌سازی امکان عرضه محصولات و خدمات به شما توسط سایر شرکت‌ها؛
- جمع‌آوری بودجه برای مجموعه ما؛
- در پاسخ به احضاریه‌ها یا دستورهای صادر شده از طرف دادگاه، یا دستور نهادهای دولتی، مگر آنکه اینگونه موارد مربوط به اجرای برنامه Medi-Cal بوده یا به نحوه دیگری قانوناً مجاز باشد؛
- برای گزارش مشکلات مربوط به برخی محصولات پزشکی به FDA یا به دیگر افراد یا سازمان‌ها، مانند سازنده محصول.

به‌جز در این موارد، Kaiser Permanente ممکن است اطلاعات حفاظت‌شده سلامت شما را مطابق با توضیحات ارائه‌شده در «اطلاعیه‌های منطقه‌ای» استفاده و افشا کند.

به استثنای مواردی که توسط این «اطلاعیه تکمیلی» مربوط به شما (به عنوان عضو Medi-Cal) تغییر یافته است، «اطلاعیه‌های منطقه‌ای» همچنان به قوت خود باقی و قابل اجرا هستند. به عنوان مثال، همانطور که در «اطلاعیه‌های منطقه‌ای» ذکر شده است، شما حق درخواست دسترسی به سوابق خود را دارید. مثال دیگر اینکه، بخش مربوط به تغییرات در «اطلاعیه‌های منطقه‌ای» در مورد این «اطلاعیه تکمیلی» نیز صدق می‌کند.

«اطلاعیه‌های منطقه‌ای» همچنین به شما توضیح می‌دهند که در صورت داشتن هرگونه سؤال درباره این اطلاعیه‌ها، چگونه با ما تماس بگیرید. در صورت داشتن هرگونه سؤال در مورد این اطلاعیه تکمیلی یا تمایل به طرح شکایت درباره شیوه‌های حفظ حریم خصوصی، لطفاً با مرکز تماس خدمات اعضا به شماره تلفن 1-800-464-4000 تماس بگیرید. همچنین، می‌توانید با استفاده از اطلاعات تماس در انتهای این اطلاعیه تکمیلی، از طریق تلفن یا نامه به مسئول حفظ حریم خصوصی اداره خدمات بهداشتی کالیفرنیا (California Department of Health Services) اطلاع دهید.

ما مسئولیت خود را برای حفاظت از اطلاعات بهداشتی همه اعضا و بیماران خود جدی می‌گیریم و به اقدامات مناسب برای محافظت از این اطلاعات ادامه خواهیم داد. مثل همیشه، از شما برای سپردن مراقبت‌های بهداشتی خود به Kaiser Permanente سپاسگزاریم.

Si necesita ayuda en su idioma, llame a nuestro Centro de Llamadas para Servicios a los Miembros al 1-800-788-0616.

اطلاعات تماس مسئول حفظ حریم خصوصی اداره خدمات بهداشتی کالیفرنیا:

Privacy Officer

California Department of Health Services

P.O. Box 942732

Sacramento, CA 94234-7320

شماره تماس‌های (916) 255-5259 یا (TTY) 1-877-735-2929 \* مراقبت مدیریت‌شده جغرافیایی در ساکرامنتو (Geographic Managed Care Sacramento)، مراقبت مدیریت‌شده جغرافیایی در سن‌دیگو (Geographic Managed Care San Diego)، یا طرح سلامتی پیش‌پرداخت (Prepaid Health Plan)