



اطلاعیه اقدامات حریم خصوصی  
تاریخ اجرا: 6 دسامبر 2021

در این اطلاعیه درباره نحوه استفاده و افشای اطلاعات پزشکی مربوط به شما و نحوه دسترسی شما به این اطلاعات توضیحاتی ارائه شده است. لطفاً آن را با دقت بررسی کنید.

**چه کسی مفاد این اطلاعیه را رعایت خواهد کرد**

سیستم بهداشت شهرستان سانتا کلارا (County of Santa Clara Health System, CSCHS) یک سیستم ایمن مراقبت‌های بهداشتی جامع می‌باشد که متعلق به شهرستان سانتا کلارا (موسوم به "شهرستان") و تحت مدیریت آن است. CSCHS متشکل از بخش‌های مختلف شهرستان است، که قسمت‌هایی از آن جزو نهاد تحت پوشش تعیین شده شهرستان براساس قانون جابجایی و پاسخگویی بیمه بهداشتی سال 1996، قانون عمومی 104-191 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA) هستند. نهاد تحت پوشش شهرستان شامل بخش‌های زیر است: بیمارستان و کلینیک‌های مرکز پزشکی سانتا کلارا ولی، بیمارستان O'Connor، بیمارستان منطقه‌ای St. Louise، بخش خدمات بهداشت رفتاری، بخش‌های اداره بهداشت عمومی، خدمات بهداشت حضانت و طرح بهداشت ولی. بخش‌های CSCHS با اهداف زیر اطلاعات بهداشتی بیمار را با یکدیگر به اشتراک می‌گذارند: به منظور ارائه خدمات مراقبت یکپارچه و هماهنگی ارجاع و خدمات برای بیماران CSCHS، جهت نظارت اداری، صدور صورتحساب و فعالیت‌های مربوط به انطباق، به منظور تحلیل و ارزیابی خدمات ارائه شده توسط بخش‌های CSCHS، و به منظور ثبت داده‌ها و حفظ یکپارچگی سوابق الکترونیکی سلامت CSCHS. اگر از هریک از بخش‌های CSCHS مراقبت دریافت کنید، ممکن است اطلاعات پزشکی، سلامت روان، درمان مصرف مواد و الکل و سایر اطلاعات شما در بین بخش‌های CSCHS در صورت وجود اجازه قانونی به اشتراک گذاشته شود.

**تعهد ما در رابطه با اطلاعات پزشکی**

CSCHS متعهد به حفاظت از حریم خصوصی اطلاعات پزشکی، سلامت روان، درمان سوء مصرف مواد و سایر اطلاعات بهداشتی شماست. ما طبق قانون ملزم به حفظ حریم خصوصی اطلاعات بهداشتی شما هستیم و الزامات قانونی و اقدامات حفظ حریم خصوصی شرح داده شده در این اطلاعیه را رعایت می‌کنیم.

**اطلاعات بهداشتی محافظت شده چیست؟**

اطلاعات بهداشتی محافظت شده یا "PHI": هرگونه اطلاعات قابل شناسایی فردی، به صورت الکترونیکی یا فیزیکی، در مورد سابقه پزشکی، شرایط روانی یا جسمی یا درمان بیمار که شامل هرگونه عنصر اطلاعات قابل شناسایی شخصی باشد که امکان شناسایی شخص را فراهم سازد از جمله نام بیمار، آدرس، آدرس ایمیل، شماره تلفن، شماره تأمین اجتماعی یا سایر اطلاعاتی که به تنهایی یا همراه با سایر اطلاعات موجود در دسترس عموم، هویت فرد را افشا کند.

**حقوق شما درخصوص اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما**

شما درخصوص PHI خود از حقوق زیر برخوردار هستید و ما این موارد را در مراکز خود نگهداری می‌کنیم. لطفاً با واحد انتشار اطلاعات (Release of Information, ROI) بخش خدمات مدیریت اطلاعات بهداشتی (Health Information Management Services, HIMS) آن بخش CSCHS که خدمات خود را از آنجا دریافت می‌کنید درخصوص درخواست‌های مربوط به حقوقتان که در زیر فهرست شده است، تماس بگیرید.



COUNTY OF SANTA CLARA  
**Health System**

Santa Clara Valley Medical Center Hospital and Clinics, Custody Health Services,  
Behavioral Health Services Department  
ATTN: ROI Unit  
Health Information Management  
751 S. Bascom Avenue  
San Jose, CA 95128

O'Connor Hospital  
ATTN: ROI Unit  
Health Information Management  
2105 Forest Ave  
San Jose, CA 95128

St. Louise Regional Hospital  
ATTN: ROI Unit  
Health Information Management  
9400 No Name Uno  
Gilroy, CA 95020

Privacy Coordinator  
Public Health Department  
976 Lenzen Avenue  
San Jose, CA 95126

### **حق مربوط به اطلاعیه نقض یا دسترسی غیرمجاز**

شما حق دارید در صورت دسترسی غیرمجاز به PHI یا نقض امنیت PHI مربوط به اطلاعاتتان، این مسئله به شما اطلاع داده شود. ما ملزم به اطلاع رسانی این مسئله به شما و ارائه اطلاعاتی در مورد نحوه محافظت از اطلاعات شخصی تان هستیم.

### **حق مشاهده و تهیه کپی**

شما حق دارید بخواهید PHI خود را بررسی و کپی کنید، هرچند در این میان استثنائاتی وجود دارد. اگر اطلاعات را به صورت الکترونیکی در اختیار داشته باشیم، شما حق دارید در صورت امکان اطلاعات بهداشتی خود را به صورت الکترونیکی دریافت کنید. درخواست شما باید به صورت کتبی بوده و برای مسئول تماس بخش فهرست شده در بالا ارسال شود. اگر کپی اطلاعات خود را درخواست کنید، ممکن است هزینه تهیه کپی، پست کردن یا سایر لوازم مربوط به درخواست شما را پرداخت کنیم.

### **حق درخواست اصلاح**

اگر احساس می کنید که PHI ما در مورد شما نادرست و ناقص است، می توانید از ما بخواهید PHI موجود در سوابق شما را تغییر بدهیم. درخواست تغییر باید به صورت کتبی ارائه شده و باید دلیلی را در تأیید درخواست ارائه نماید. درخواستها را برای مسئول تماس بخش فهرست شده در بالا ارسال کنید. اگر درخواست شما را رد کنیم، دلیل آن را به صورت کتبی اعلام خواهیم نمود.



### حق دانستن اینکه اطلاعات شما را با چه کسی به اشتراک گذاشته ایم

شما حق دارید "فهرست موارد افشا" را درخواست کنید که نشان می‌دهد CSCHS اطلاعات بهداشتی شما را با چه کسانی به اشتراک گذاشته است. این مورد، فهرستی از موارد افشای اطلاعات است که ما در مورد PHI شما انجام داده‌ایم، بجز مواردی که خودمان به منظور درمان، پرداخت و اقدامات مراقبت‌های بهداشتی: انجام داده‌ایم، و به استثنای سایر موارد براساس قانون.

درخواست می‌تواند برای دوره حداکثر شش سال قبل از تاریخ درخواست باشد. درخواست شما باید به صورت کتبی بوده و برای مسئول تماس بخش فهرست شده در بالا ارسال شود. اولین فهرست درخواستی شما در بازه زمانی 12 ماهه، رایگان خواهد بود. درخصوص فهرست‌های بیشتر، ممکن است هزینه‌های تهیه فهرست را از شما دریافت کنیم و پیشاپیش این هزینه‌ها را به شما اطلاع خواهیم داد.

### حق درخواست محدودسازی

شما حق دارید از ما بخواهید نحوه استفاده و اشتراک‌گذاری اطلاعات بهداشتی‌تان را جهت فعالیت‌های درمانی، پرداخت یا مراقبت‌های بهداشتی محدود کنیم. همچنین حق دارید درخواست کنید درخصوص اطلاعات پزشکی که در مورد شما نزد شخص دخیل در زمینه مراقبت یا پرداخت هزینه مراقبت‌تان افشا می‌کنیم، مانند یکی از اعضای خانواده یا دوستان خودتان، محدودیت قائل شویم. **ما ملزم به موافقت کردن با درخواست شما نیستیم.** چنانچه موافقت کنیم، درخواست شما را برآورده خواهیم کرد، مگر اینکه این اطلاعات برای ارائه درمان اورژانسی به شما مورد نیاز باشد.

در صورت پرداخت کامل هزینه مراقبت‌های دریافتی‌تان از مرکز ما توسط خودتان (یعنی بجای اینکه از طرح بیمه درمانی خود بخواهید هزینه مراقبت شما را پرداخت کند)، از حق درخواست محدود کردن برخی از موارد PHI ارائه شده به طرح بهداشتی خود برخوردار هستید. درخواست شما باید به صورت کتبی بوده و برای مسئول تماس بخش فهرست شده در بالا ارسال شود.

### حق درخواست ارتباطات محرمانه

شما حق دارید از ما بخواهید در مورد PHI خودتان به روشی خاص یا در مکانی خاص با شما ارتباط برقرار کنیم. به عنوان مثال، می‌توانید از ما بخواهید که فقط در محل کار یا با استفاده از پست ایالات متحده با شما تماس بگیریم. درخواست شما باید به صورت کتبی بوده و برای مسئول تماس بخش فهرست شده در بالا ارسال شود. ما سعی خواهیم کرد به تمام درخواست‌های **منطقی** پاسخ بدهیم.

### حق در اختیار داشتن نسخه کاغذی این اطلاعیه

شما حق دارید یک نسخه کاغذی از این اطلاعیه را دریافت کنید، حتی اگر موافقت کرده باشید این اطلاعیه را به صورت الکترونیکی دریافت نمایید. می‌توانید یک نسخه الکترونیکی از این اطلاعیه را در هر یک از مراکز ما یا از طریق وبسایت ما دریافت کنید:

<https://www.svcmc.org/patients-visitors/services/notice-privacy-practices-npp>



### چگونه می‌توانیم از اطلاعات بهداشتی محافظت شده استفاده کرده و آن را به اشتراک بگذاریم جهت درمان

ممکن است برای ارائه درمان یا خدمات به شما، به PHI شما دسترسی پیدا کرده، از آن استفاده نموده و آن را اشتراک گذاری کنیم. ممکن است اطلاعات پزشکی را نزد پزشکان، پرستاران، تکنسین‌ها، دانشجویان مراقبت‌های بهداشتی، دانشجویان پزشکی یا سایر پرسنل سیستم بهداشت درگیر در مراقبت‌های بهداشتی شما افشا کنیم. ممکن است اطلاعات بهداشتی شما را به منظور ارائه مراقبت یا درمان با سایر ارائه‌دهندگان غیر CSCHS به اشتراک بگذاریم. برای مثال، اگر برای خدمات به ارائه‌دهنده دیگری ارجاع داده می‌شوید، ممکن است اطلاعات بهداشتی شما را به اشتراک بگذاریم.

### جهت پرداخت

ممکن است به PHI شما دسترسی پیدا کرده، از آن استفاده کرده و آن را اشتراک گذاری کنیم تا صورتحساب درمان و خدماتی که دریافت می‌کنید برای شما، شرکت بیمه یا شخص ثالث صادر و پرداخت مربوطه وصول شود. این مسئله شامل ارائه اطلاعات شما به اداره مالیات و وصول شهرستان است که مسئول جمع‌آوری هزینه‌های پرداخت نشده مراقبت‌ها و سایر پرداخت‌های بدهکار به شهرستان است. بنا به مثالی دیگر از استفاده برای اهداف پرداخت، ممکن است لازم باشد در مورد درمانی که در بیمارستان دریافت کرده‌اید، اطلاعاتی به طرح بهداشتی شما ارائه دهیم تا طرح بهداشتی‌تان هزینه جراحی را به ما پرداخت کند. همچنین ممکن است اطلاعات اولیه در مورد شما و طرح بهداشتی، شرکت بیمه شما یا منبع پرداخت دیگر را به پزشکان خارج از CSCHS که در مراقبت از شما مشارکت دارند، ارائه دهیم تا جهت دریافت هزینه خدماتی که به شما ارائه می‌دهند به آنها کمک کنیم.

### جهت اقدامات مراقبت‌های بهداشتی

ممکن است برای اهداف فعالیت‌های مراقبت‌های بهداشتی به PHI شما دسترسی داشته، از آنها استفاده کرده و آنها را به اشتراک بگذاریم که این مسئله شامل اشتراک گذاری اطلاعات به منظور رعایت قوانین و مقررات، انجام تعهدات قراردادی، بهبود کیفیت مراقبت، مدیریت برنامه‌های آموزشی و تعلیمی در CSCHS یا پشتیبانی از فعالیت‌های کارکنان پزشکی است. به عنوان مثال، ممکن است برای بازیابی درمان‌ها و خدمات‌تان، و ارزیابی کارکنان خودمان از نظر مراقبت از شما، به PHI دسترسی پیدا کنیم، از آن استفاده کرده و آن را افشا کنیم.

### شرکای کاری و سازمان‌های خدمات واجد شرایط

برخی از خدمات در سازمان ما از طریق قرارداد با شرکای کاری و درخصوص برنامه‌های درمان سوءمصرف مواد، توسط سازمان‌های خدمات واجد شرایط ارائه می‌شود. شرکای کاری و سازمان‌های خدمات واجد شرایط، خدمات را از طرف بخش‌های CSCHS ارائه می‌دهند که این مسئله شامل استفاده یا افشای اطلاعات بیمار است. ممکن است اطلاعات بهداشتی شما را در اختیار شرکای کاری و سازمان‌های خدماتی واجد شرایط قرار دهیم تا آنها بتوانند وظیفه‌ای را که از آنها خواسته‌ایم انجام دهند. طبق قانون فدرال، شرکای کاری و سازمان‌های خدمات واجد شرایط باید از اطلاعاتتان به‌طور مناسب محافظت کنند.

### روش‌های دیگری که PHI شما را به اشتراک می‌گذاریم

#### دفاتر ثبت مراکز

بیمارستان‌ها و سایر مراکز ما به PHI دسترسی دارند و از آن برای حفظ فهرست افرادی که در مراکز ما حضور دارند، استفاده می‌کنند. دلیل این کار این است که هر شخصی، از جمله خانواده و دوستان، که با بیمارستان تماس می‌گیرد یا به بیمارستان مراجعه می‌کند، می‌تواند با شما ملاقات کند و به‌طور کلی از وضعیتتان مطلع شود. به منظور جلوگیری از افشای PHI به این روش، می‌توانید درخواست کتبی مشخصی را ارائه کنید.



اگر بیماری هستید که خدمات سلامت روان را در مراکز بستری یا سرپایی سلامت روان ما دریافت می‌کنید، یا در یک برنامه درمان سوءمصرف مواد ثبت نام کرده‌اید، نام شما یا هرگونه اطلاعات مربوط به بیمار بودن شما را افشا نمی‌کنیم مگر اینکه مشخصاً اجازه انجام چنین کاری را به ما داده باشید.

### فعالیت‌های جمع‌آوری کمک مالی

ممکن است از اطلاعات خاصی برای تماس با شما به منظور جمع‌آوری پول برای بیمارستان‌ها استفاده کنیم و شما این حق را خواهید داشت که در هر درخواست از دریافت چنین ارتباطاتی خودداری کنید. به همین منظور، ممکن است نام شما را به Valley Medical Center Foundation اعلام کنیم که سازمان خیریه غیرانتفاعی رسمی تأسیس شده به منظور جمع‌آوری وجوه برای حمایت از بیمارستان‌ها و کلینیک‌های مرکز پزشکی سانتا کلارا ولی، از جمله بیمارستان O'Connor و بیمارستان منطقه‌ای St. Louise است. پول جمع‌آوری شده برای گسترش و بهبود خدمات و برنامه‌هایی که به جامعه ارائه می‌دهیم هزینه خواهد شد. شما آزاد هستید از دریافت درخواست جمع‌آوری کمک مالی انصراف دهید و تصمیمتان هیچ تأثیری بر درمان یا پرداخت خدمات شما نخواهد گذاشت.

روش‌های انصراف:

1. تلفن زدن به VMC Foundation با شماره 408-885-5203؛
2. ایمیل: [vmcfoundation@hhs.sccgov.org](mailto:vmcfoundation@hhs.sccgov.org)
3. ارائه درخواست مستقیم پستی شامل یک فرم پاسخ همراه با کادر "درخواست مطرح نگردد" و نامه همراه با آدرس برگشت.

### افراد درگیر مراقبت یا پرداخت هزینه مراقبت از شما

ممکن است PHI شما را با یکی از اعضای خانواده، دوستان، نماینده شخصی یا هر شخص دیگری که می‌خواهد در مراقبت شما مشارکت داشته باشد یا هر شخصی که به پرداخت هزینه مراقبتان کمک می‌کند، به اشتراک بگذاریم. درخصوص سوابق مربوط به سلامت روان و درمان سوءمصرف مواد، فقط مجاز هستیم PHI شما را با پزشک معالج و افرادی که اجازه بدهید PHI شما را دریافت کنند، به اشتراک بگذاریم.

### پژوهش

CSCHS یک مؤسسه پژوهشی است و در شرایط خاص، ممکن است با یا بدون کسب مجوزتان، برای اهداف پژوهشی به PHI شما دسترسی داشته باشیم، از آنها استفاده کرده و آنها را به اشتراک بگذاریم. تمام پروژه‌های تحقیقاتی براساس یک فرآیند بررسی و تأیید ویژه، ارزیابی می‌شوند تا بین نیازهای پژوهشی و الزام به حفظ حریم خصوصی بیماران تعادل برقرار گردد.

در اغلب موارد، محققان ما با بیماران تماس می‌گیرند تا از علاقه آنها برای شرکت در برخی از مطالعات تحقیقاتی مطلع شوند. ممکن است بدون نیاز به جلب رضایتان، مطالعات دیگری را با استفاده از PHI شما انجام دهیم. این مطالعات تأثیری بر درمان یا سلامت شما نخواهند داشت و همچنان از PHI شما محافظت می‌شود. به عنوان مثال، چنین مطالعه‌ای ممکن است شامل بررسی نمودار به منظور مقایسه پیامدهای درمانی مربوط به بیماری باشد که انواع مختلفی از درمان را دریافت کرده‌اند.

### مبادلات اطلاعات بهداشتی

CSCHS در یک یا چند مبادله اطلاعات بهداشتی (Health information exchanges, HIE) مشارکت دارد که ممکن است در چارچوب آن اطلاعات بهداشتی شما را طبق اجازه قانون با سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی یا نهادها به منظور هماهنگی مراقبتان به اشتراک بگذاریم. این کار به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در مراکز مختلف مشارکت‌کننده در درمان شما اجازه می‌دهد تا اطلاعات مورد نیاز برای درمان شما را در اختیار داشته باشند.



اگر نمی‌خواهید CSCHS Health اطلاعات شما را در یک مبادله اطلاعات بهداشتی به اشتراک بگذارد، می‌توانید انصراف بدهید، به این منظور فرم انصراف را تکمیل و آن را به این آدرس ارسال کنید:

Health Information Management Services

ATTN: Release of Information Unit

751 S. Bascom Avenue

San Jose, CA 95128

CSCHS با درخواست انصراف شما موافقت خواهد کرد و این کار باعث می‌شود CSCHS دیگر PHI شما را به صورت الکترونیکی از طریق مبادله اطلاعات بهداشتی با سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به اشتراک نگذارد؛ اگرچه همچنان ممکن است آنها چنین اطلاعاتی را از طریق مکانیسم‌های دیگری برای اهداف درمانی به اشتراک بگذارند. این کار باعث نمی‌شود سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اطلاعات شما را به صورت الکترونیکی با CSCHS به اشتراک نگذارند، و همچنین باعث نمی‌شود ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی که قبلاً اطلاعات شما را دریافت کرده است، اطلاعات مذکور را نگهداری نکند. برای جلوگیری از به اشتراک گذاشتن اطلاعات خودتان توسط سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی با CSCHS، باید مستقیماً با ارائه‌دهندگان مذکور تماس بگیرید. در صورت انصراف، می‌توانید با ارسال درخواست کتبی به آدرس زیر، مجدداً مشارکت خود را از سر بگیرید:

Health Information Management Services

ATTN: Release of Information Unit

751 S. Bascom Avenue

San Jose, CA 95128

### در صورت الزام توسط قانون

در صورت الزام قوانین فدرال، ایالت یا محلی، به PHI شما دسترسی خواهیم یافت، از آن استفاده خواهیم کرد و آن را به اشتراک می‌گذاریم. برای مثال، ممکن است در پاسخ به حکم دادگاه ملزم باشیم اطلاعاتی را افشا نماییم.

### بازاریابی و فروش PHI

ما نمی‌توانیم بدون اجازه کتبی‌تان از PHI شما برای اهداف بازاریابی استفاده کرده یا آن را افشا کنیم. ما نمی‌توانیم بدون اجازه کتبی‌تان PHI شما را بفروشیم.

### موقعیت‌های ویژه

#### اهدای عضو و بافت

در برخی شرایط ممکن است PHI شما را در اختیار سازمان‌هایی قرار دهیم که اقدام به تهیه یا پیوند عضو، چشم یا بافت می‌کنند یا آن را در اختیار بانک اهدای اعضای بدن قرار دهیم، چنانچه این کار برای کمک به اهدای یا بافت اعضا و پیوند ضروری باشد.

### خدمت سربازی و کهنه‌سربازان

اگر عضو فعلی یا بازنشسته نیروهای مسلح باشید، در صورت الزام توسط مقامات فرماندهی ارتش، PHI شما را به اشتراک خواهیم گذاشت. برای مثال ممکن است PHI مربوط به پرسنل نظامی خارجی را در اختیار مقامات نظامی مربوطه قرار دهیم، چنانکه این کار بنا به قانون الزامی باشد.



## غرامت کارگران

به استثنای برخی موارد مربوط به سلامت روان و اطلاعات مربوط به درمان سوء مصرف مواد، ممکن است در صورتی که قانون اجازه بدهد PHI شما را در اختیار برنامه غرامت کارگران یا برنامه‌های مشابه قرار دهیم تا در صورت لزوم نسبت به ارائه درمان، خدمات یا مزایای خدمات ناشی از کار یا بیماری به شما اقدام گردد.

## خطرات بهداشت عمومی

ممکن است برای اهداف بهداشت عمومی PHI شما را به اشتراک بگذاریم. به طور کلی این فعالیت‌ها شامل موارد زیر است، اما به آنها محدود نمی‌شود:

- به منظور جلوگیری یا کنترل بیماری (مانند سرطان یا سل)، جراحی یا ناتوانی؛
- جهت گزارش دادن تولد و مرگ؛
- برای گزارش دادن سوء استفاده یا بی‌توجهی به کودکان، افراد مسن و افراد بزرگسال وابسته؛
- به منظور گزارش دادن واکنش به داروها، یا مشکلات محصولات بهداشتی؛
- برای اطلاع دادن فراخوان‌ها، تعمیر یا جایگزینی محصولات به بیمارانی که ممکن است از آنها استفاده کنند؛
- برای اطلاع‌رسانی به شخصی که ممکن است در معرض بیماری قرار گرفته یا با خطر ابتلا به بیماری مواجه باشد؛
- به منظور اطلاع‌رسانی به مقامات مناسب دولتی، چنانچه معتقد باشیم بیمار قربانی سوء استفاده، بی‌توجهی یا خشونت خانگی شده است. ما PHI شما را فقط در صورتی که موافق باشید یا در صورت الزام یا مجاز بودن براساس قانون به اشتراک خواهیم گذاشت.
- به منظور اطلاع‌رسانی به کارکنان واکنش اضطراری در مورد احتمال تماس با HIV/AIDS، در حد نیاز به منظور رعایت قوانین ایالتی و فدرال.

## فعالیت‌های نظارت بر سلامت

در صورت الزام یا مجاز بودن براساس قانون، ممکن است PHI شما را با یک سازمان نظارت بر مراقبت‌های بهداشتی به اشتراک بگذاریم.

## دادخواست‌ها و اختلافات

اگر درگیر دادخواهی یا اختلاف باشید، ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما را در پاسخ به حکم دادگاه یا حکم اداری افشا کنیم. همچنین ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما را در پاسخ به احضاریه، درخواست کشف یا سایر دادرسی‌های قانونی توسط شخص دیگری که در این اختلاف دخیل است افشا کنیم، البته تنها در صورتی که تلاش شده باشد این درخواست به شما اطلاع داده شده باشد (که ممکن است شامل ارائه اطلاعات کتبی به شما باشد) یا اقدامی برای به دست آوردن حکم حفاظت از اطلاعات درخواستی صورت گرفته باشد. ما فقط در صورت دریافت حکم دادگاه یا اجازه بیمار، سوابق مربوط به سلامت روان و سوابق درمان موارد مخدر و الکل را در پاسخ به احضاریه افشا خواهیم کرد.

## مجری قانون

در صورتی که یک مقام مجری قانون از ما بخواهد PHI شما را به اشتراک بگذاریم چنین کاری را انجام خواهیم داد، به شرطی که طبق قانون مجاز یا ملزم به انجام چنین کاری باشیم و شرایط معینی برآورده شود. سوابق خدمات سلامت روان و درمان سوء مصرف مواد نیازمند حفاظت‌های قانونی بیشتری هستند و بدون حکم دادگاه یا مجوز بیمار یا نماینده بیمار قابل انتشار نیستند، مگر در شرایط معدود و خاصی که قانون مجاز بداند.



### پزشکی قانونی، معاینه گران پزشکی و مدیران کفن و دفن

ممکن است در صورت فوت شخص، PHI را با پزشک قانونی، معاینه گر پزشکی یا مدیر کفن و دفن به اشتراک بگذاریم. ممکن است این اقدام به عنوان مثال برای شناسایی فرد متوفی یا تعیین علت مرگ ضروری باشد. ما فقط با حکم دادگاه یا مجوز بستگان بیمار، سوابق مربوط به سلامت روان و درمان مواد مخدر و الکل را نزد پزشک قانونی یا معاینه گر پزشکی افشا خواهیم کرد.

### امنیت ملی و فعالیت های اطلاعاتی

ممکن است PHI شما را طبق مجوز یا الزام قانونی برای انجام عملکردهای خاص دولتی مانند امنیت ملی و حفاظت از ریاست جمهوری به اشتراک بگذاریم.

### زندانیان

اگر در یک مؤسسه اصلاح و تربیت زندانی بوده یا تحت نظر مقامات مجری قانون هستید، ممکن است PHI شما طبق الزام قانونی را با مؤسسه اصلاح و تربیت یا مأموران اجرای قانون به اشتراک بگذاریم.

### تلاش های امداد رسانی در حین فاجعه

ممکن است PHI شما را در اختیار سازمان های امداد رسانی در حین فاجعه بگذاریم تا خانواده شما از شرایط، وضعیت و موقعیتتان مطلع شوند.

### تغییر در این اطلاعیه

ما حق تغییر دادن این اطلاعیه را برای خود محفوظ می داریم. ما این حق را برای خود محفوظ می داریم که اطلاعیه اصلاح شده یا تغییر یافته را برای PHI که از قبل درباره شما در اختیار داریم و همچنین هرگونه اطلاعات دیگری که در آینده دریافت می کنیم، اجرا نماییم. ما نسخه جاری این اطلاعیه را در مراکز خود نصب خواهیم کرد. تاریخ اجرای اطلاعیه در صفحه اول درج خواهد شد. اطلاعیه فعلی در [اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی \(NPP\)](#) - مرکز پزشکی سانتا کلارا وی - ([scvmc.org](http://scvmc.org)) در دسترس خواهد بود.

### سؤالات یا شکایات

ما از این فرصت استقبال می کنیم تا به سؤالات و نگرانی های شما پاسخ دهیم و شکایات احتمالی شما را در مورد دسترسی، استفاده یا افشای PHI خودتان حل و فصل نماییم. اگر فکر می کنید حقوق حریم خصوصی تان نقض شده است، می توانید نزد ما یا دبیر سازمان بهداشت و خدمات انسانی شکایت کنید. برای طرح شکایت نزد ما، باید با این شخص تماس بگیرید:

County of Santa Clara Health System  
Attn: Chief Compliance Officer  
Ethics, Privacy and Compliance Office  
2325 Enborg Lane, Suite 290  
San Jose, CA 95128  
(408) 885-3794

در صورت اعلام شکایت، جریمه نخواهید شد.