



T-HI0001

NAME

DOB

MRN

PCP

San Francisco Department
of Public Health**Tóm Tắt SFDPH về Thông Báo Quy
Định Về Quyền Riêng Tư HIPAA và Xác
Nhận Đã Tiếp Nhận**

Patient ID / Addressograph

Thông Báo Đây Đủ: Quý vị đã được cung cấp Thông Báo Đây Đủ Quy Định Về Quyền Riêng Tư HIPAA. Vui lòng đọc kỹ thông báo này. Quý vị cũng có thể tìm thông báo này tại: <https://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/HIPAA/HIPAAsummaries.asp>.

Ai sẽ tuân theo các quy định trong thông báo này: Tất cả các nhân viên và nhà cung cấp theo hợp đồng của DPH, các chi nhánh DPH, cũng như đội ngũ nhân viên được phân công cho DPH của Đại học California tại San Francisco, đều phải tuân theo các quy định này.

Quý vị có quyền: (Vui lòng xem các hạn chế có thể có trong “Thông Báo Đây Đủ Quy Định Về Quyền Riêng Tư”.)

- Yêu cầu xem, đọc và/hoặc có được một bản sao hồ sơ sức khỏe của quý vị (có thể cần trả phí).
- Yêu cầu sửa các thông tin mà quý vị cho là sai trong hồ sơ sức khỏe của mình.
- Yêu cầu thông tin sức khỏe của quý vị **không** được chia sẻ với một số người nhất định.
- Yêu cầu thông tin sức khỏe của quý vị **không** được sử dụng cho một số mục đích nhất định; ví dụ như nghiên cứu.
- Yêu cầu các bản sao hồ sơ sức khỏe của quý vị được gửi đến một ai đó (có thể cần trả phí).
- Được thông báo xem ai đã đọc hồ sơ của quý vị (vì các lý do khác ngoài việc điều trị, thanh toán và nhằm mục đích cải thiện chương trình).
- Chỉ định xem các nhân viên DPH có thể liên lạc với quý vị ở đâu và như thế nào.

DPH có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị để cải thiện việc điều trị của quý vị.

- Để cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được, thông tin sức khỏe có thể được chia sẻ giữa các nhà cung cấp hoạt động điều trị, gồm thông tin sức khỏe của quý vị liên quan đến sức khỏe tâm thần, lạm dụng chất gây nghiện, HIV/AIDS, các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STD) các và khuyết tật phát triển.
- Có những trường hợp khi thông tin sức khỏe của quý vị sẽ **không** được chia sẻ trừ khi **trước tiên** quý vị cho phép được chia sẻ; ví dụ như các dịch vụ tiếp nhận ở cơ sở điều trị lạm dụng chất gây nghiện.

Nếu quý vị tin rằng các quyền riêng tư của mình đã KHÔNG được duy trì trong khi tiếp nhận các dịch vụ DPH, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Nếu quý vị quan ngại về thông tin sức khỏe của mình có thể là (hoặc đã) bị chia sẻ, hãy nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị hoặc liên lạc một trong những nơi sau: (1) Secretary of U.S. Dept. of Health and Human Services, Office of Civil Rights, Attn: Regional Manager, 50 United Nations Plaza, Rm. 322, San Francisco, CA 94103. (2) DPH Office of Compliance and Privacy Affairs, 101 Grove St., Room 330, San Francisco, CA 94102, or call toll-free 1-855-729-6040. Quý vị sẽ không bị trừng phạt theo bất cứ hình thức nào khi nộp đơn khiếu nại.

Tôi xác nhận đã nhận “Thông Báo Đây Đủ Quy Định Về Quyền Riêng Tư HIPAA” của Bộ Y Tế Công Cộng San Francisco.

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN/BÁC SĨ NỘI TRÚ/THÂN CHỦ HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN		NGÀY
TÊN IN HOA	NẾU ĐẠI DIỆN, HÃY NÊU RÕ QUAN HỆ	THÔNG DỊCH VIÊN NẾU CÓ

NHÂN VIÊN/NHÂN CHỨNG: Nếu KHÔNG có được xác nhận bằng văn bản, xin vui lòng điền vào các mục sau:

<input type="checkbox"/> Không thể ký tên <input type="checkbox"/> Đã từ chối ký tên <input type="checkbox"/> Khác, mô tả:	
CHỮ KÝ CỦA NHÂN CHỨNG LÀ NHÂN VIÊN	NGÀY
TÊN IN HOA	BỘ PHẬN/TỔ CHỨC