



CITY AND COUNTY OF SAN FRANCISCO  
HUMAN SERVICES AGENCY

P. O. Box 7988 ATTN: S200  
San Francisco, CA 94120-7988  
(844) 415-4905 hoặc (415) 503-4908

<http://www.sfhsa.org/contact>



## Thông Tin của Quý Vị. Quyền của Quý Vị. Trách Nhiệm của Chúng Tôi.

Thông báo này mô tả cách thức các thông tin sức khỏe của quý vị có thể được sử dụng và được tiết lộ và cách thức quý vị có thể truy cập thông tin này.

**Vui lòng đọc kỹ thông báo này.**

### Quyền của Quý Vị

**Khi nói đến các thông tin sức khỏe của quý vị, quý vị có một số quyền nhất định.** Mục này giải thích cho các quyền của quý vị và một số trách nhiệm giúp đỡ quý vị của chúng tôi.

#### Nhận một bản sao hồ sơ y tế và hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của quý vị

- Quý vị có thể yêu cầu được xem hoặc nhận bản sao hồ sơ y tế và hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của quý vị cùng các thông tin sức khỏe khác mà chúng tôi có về quý vị. Hãy hỏi chúng tôi cách làm điều này.
- Chúng tôi sẽ cung cấp một bản sao hoặc bản tóm tắt hồ sơ y tế và hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của quý vị, thường là trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị yêu cầu. Chúng tôi có thể tính một mức phí hợp lý dựa trên chi phí.

#### Yêu cầu chúng tôi sửa chữa hồ sơ y tế và hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của quý vị

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi sửa chữa các hồ sơ y tế và hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của quý vị nếu quý vị nghĩ rằng các hồ sơ này không chính xác hoặc không đầy đủ. Hãy hỏi chúng tôi cách làm điều này.
- Chúng tôi có thể “từ chối” yêu cầu của quý vị, nhưng chúng tôi sẽ trả lời bằng văn bản cho quý vị giải thích lý do tại sao trong vòng 60 ngày.

*tiếp tục ở trang sau*

## Quyền của Quý Vị tiếp

### Yêu cầu thông tin liên lạc bí mật

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi liên hệ với quý vị theo một phương thức cụ thể (ví dụ như qua số điện thoại ở nhà hoặc ở văn phòng) hoặc gửi thư đến một địa chỉ khác qua đường bưu điện.
- Chúng tôi sẽ xem xét tất cả các yêu cầu hợp lý và bắt buộc phải “đồng ý” nếu quý vị cho chúng tôi biết rằng quý vị sẽ gặp nguy hiểm nếu chúng tôi không thực hiện.

### Yêu cầu chúng tôi hạn chế những thông tin gì chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không sử dụng hoặc chia sẻ một số thông tin sức khỏe cho việc điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động khác của chúng tôi.
- Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị và chúng tôi có thể “từ chối” nếu yêu cầu của quý vị có thể ảnh hưởng đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

### Nhận danh sách những người đã được chúng tôi chia sẻ thông tin

- Quý vị có thể yêu cầu danh sách (bản kê) về những lần chúng tôi đã chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị trong vòng sáu năm trước ngày quý vị yêu cầu, về việc chúng tôi đã chia sẻ các thông tin đó với ai và lý do tại sao.
- Chúng tôi sẽ bao gồm tất cả các tiết lộ ngoại trừ những tiết lộ về việc điều trị, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe và một số các tiết lộ khác (chẳng hạn như bất kỳ tiết lộ nào quý vị đã yêu cầu chúng tôi thực hiện). Chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí một bản kê trong một năm nhưng sẽ tính mức phí hợp lý dựa trên chi phí nếu quý vị yêu cầu thêm một bản kê nữa trong vòng 12 tháng.

### Nhận được bản sao của thông báo về quyền riêng tư này

- Quý vị có thể yêu cầu nhận được bản sao bằng giấy của thông báo này vào bất kỳ thời điểm nào, ngay cả khi quý vị đã đồng ý nhận thông báo này dưới dạng thư điện tử. Chúng tôi sẽ kịp thời cung cấp cho quý vị bản sao bằng giấy của thông báo này.

### Chọn người nào đó đại diện cho quý vị

- Nếu quý vị đã ủy quyền y tế cho một người nào đó hoặc nếu một người nào đó là người giám hộ hợp pháp của quý vị thì người đó có thể thực thi các quyền của quý vị và đưa ra các lựa chọn về thông tin sức khỏe của quý vị.
- Chúng tôi sẽ đảm bảo rằng người đó có quyền hạn này và có thể đại diện cho quý vị trước khi chúng tôi thực hiện bất kỳ hành động nào.

### Nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cảm thấy các quyền của quý vị bị vi phạm

- Quý vị có thể khiếu nại nếu quý vị cảm thấy chúng tôi đã vi phạm các quyền của quý vị bằng cách liên hệ với chúng tôi có sử dụng các thông tin ở trang 1.
- Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại đến Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ bằng cách gửi thư đến địa chỉ 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, gọi điện đến số 1-877-696-6775, hoặc truy cập [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- Chúng tôi sẽ không có hành động trả đũa quý vị vì đã nộp đơn khiếu nại.

## Lựa chọn của quý vị

**Để nhận được một số thông tin sức khỏe, quý vị có thể cho chúng tôi biết những lựa chọn của quý vị về những gì chúng tôi chia sẻ.** Nếu quý vị có sự ưu tiên rõ ràng đối với cách thức chúng tôi chia sẻ các thông tin của quý vị trong các trường hợp được mô tả dưới đây thì hãy trao đổi với chúng tôi. Hãy cho chúng tôi biết quý vị muốn chúng tôi làm gì và chúng tôi sẽ làm theo các hướng dẫn của quý vị.

**Trong những trường hợp này, quý vị đều có quyền và lựa chọn để yêu cầu chúng tôi:**

- Chia sẻ thông tin với gia đình, bạn thân của quý vị hoặc những người khác có liên quan đến việc thanh toán dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
- Chia sẻ thông tin trong tình huống khắc phục thảm họa
- Liên hệ với quý vị nhằm nỗ lực gây quỹ

*Nếu quý vị không thể cho chúng tôi biết lựa chọn ưu tiên của quý vị, chẳng hạn như nếu quý vị bị bất tỉnh, chúng tôi có thể tiến hành trước và chia sẻ các thông tin của quý vị nếu chúng tôi tin rằng điều này mang lại lợi ích tốt nhất cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể chia sẻ thông tin của quý vị khi cần để giảm thiểu mối đe dọa đến sức khỏe hoặc sự an toàn sắp xảy ra đối với quý vị.*

**Chúng tôi không bao giờ chia sẻ thông tin của quý vị trừ khi quý vị cho phép chúng tôi bằng văn bản trong những trường hợp sau đây:**

- Các mục đích Marketing
- Bán thông tin của quý vị

## Các Mục Đích Sử Dụng và Tiết Lộ của Chúng Tôi

**Chúng tôi thường sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị như thế nào?**

Chúng tôi thường sử dụng hoặc chia sẻ các thông tin sức khỏe của quý vị theo những cách sau.

**Giúp quản lý dịch vụ điều trị chăm sóc sức khỏe mà quý vị nhận được**

- Chúng tôi có thể sử dụng các thông tin sức khỏe của quý vị và chia sẻ các thông tin đó với các chuyên gia đang điều trị cho quý vị.

***Ví dụ:** Một bác sĩ gửi cho chúng tôi các thông tin về chương trình chẩn đoán và điều trị của quý vị, nhờ vậy chúng tôi có thể sắp xếp các dịch vụ bổ sung.*

**Điều hành tổ chức của chúng tôi**

- Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ các thông tin của quý vị để điều hành tổ chức của chúng tôi và liên hệ với quý vị khi cần thiết.
- **Chúng tôi không được phép sử dụng các thông tin về di truyền để quyết định xem liệu chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị khoản bao trả và giá của khoản bao trả đó hay không.** Điều này không áp dụng với các chương trình chăm sóc sức khỏe lâu dài.

***Ví dụ:** Chúng tôi sử dụng các thông tin sức khỏe của quý vị để phát triển các dịch vụ tốt hơn cho quý vị.*

*tiếp tục ở trang sau*

<b>Thanh toán các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ các thông tin sức khỏe của quý vị khi chúng tôi thanh toán các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.</li> </ul>	<p><b>Ví dụ:</b> Chúng tôi chia sẻ các thông tin của quý vị với chương trình nha khoa của quý vị để điều phối việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc nha khoa của quý vị.</p>
<b>Quản lý chương trình của quý vị</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chúng tôi có thể tiết lộ các thông tin sức khỏe của quý vị cho nhà tài trợ chương trình chăm sóc sức khỏe của quý vị để quản lý chương trình.</li> </ul>	<p><b>Ví dụ:</b> Công ty của quý vị ký hợp đồng với chúng tôi để cung cấp chương trình chăm sóc sức khỏe và chúng tôi cung cấp cho công ty quý vị một số số liệu thống kê để giải trình cho các mức phí bảo hiểm y tế mà chúng tôi tính.</p>

**Chúng tôi còn có thể sử dụng hoặc chia sẻ các thông tin sức khỏe của quý vị bằng cách nào nữa?** Chúng tôi được phép hoặc được yêu cầu chia sẻ các thông tin của quý vị theo nhiều cách khác nữa – thường theo những cách góp phần vào công ích như y tế và nghiên cứu công cộng. Chúng tôi phải đáp ứng nhiều điều kiện theo pháp luật trước khi chúng tôi có thể chia sẻ thông tin của quý vị cho những mục đích này. Để biết thêm thông tin, quý vị vui lòng truy cập: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

<b>Giúp đỡ các vấn đề về y tế và an toàn công cộng</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chúng tôi có thể chia sẻ các thông tin sức khỏe của quý vị trong một số trường hợp như: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ngăn chặn bệnh tật</li> <li>Giúp thu hồi sản phẩm</li> <li>Báo cáo các phản ứng bất lợi đối với thuốc</li> <li>Báo cáo nghi ngờ lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình</li> <li>Ngăn ngừa hoặc giảm thiểu mối đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc sự an toàn của bất kỳ ai</li> </ul> </li> </ul>
--	--

<b>Thực hiện nghiên cứu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ các thông tin của quý vị cho mục đích nghiên cứu sức khỏe.</li> </ul>
-----------------------------	--

<b>Tuân thủ luật pháp</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chúng tôi sẽ chia sẻ các thông tin của quý vị nếu luật pháp tiểu bang hoặc liên bang yêu cầu, bao gồm cả Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh nếu muốn.</li> </ul>
---------------------------	---

<b>Đáp ứng các yêu cầu hiến tặng mô và các cơ quan và làm việc với bác sĩ pháp y hoặc giám đốc nhà tang lễ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chúng tôi có thể chia sẻ các thông tin sức khỏe của quý vị với các tổ chức cung ứng nội tạng.</li> <li>Chúng tôi có thể chia sẻ các thông tin sức khỏe với nhân viên điều tra, bác sĩ pháp y hoặc giám đốc nhà tang lễ khi có trường hợp tử vong.</li> </ul>
--	---

<b>Giải quyết vấn đề bồi thường cho người lao động, thực thi pháp luật và các yêu cầu khác từ chính phủ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ các thông tin sức khỏe của quý vị: <ul style="list-style-type: none"> <li>Đối với các khiếu nại đòi bồi thường của người lao động</li> <li>Đối với các mục đích thực thi pháp luật hoặc với viên chức thực thi pháp luật</li> <li>Với các cơ quan giám sát y tế cho các hoạt động được ủy quyền bởi luật pháp</li> <li>Đối với các cơ quan chức năng đặc biệt của chính phủ như quân sự, an ninh quốc gia và các dịch vụ bảo vệ tổng thống</li> </ul> </li> </ul>
---	--

tiếp tục ở trang sau

<b>Đáp ứng các vụ kiện và thủ tục tố tụng</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chúng tôi có thể chia sẻ các thông tin sức khỏe của quý vị để đáp ứng lệnh của tòa án hoặc lệnh hành chính hoặc để đáp ứng trát đòi hầu tòa.</li> </ul>
<b>Thực hiện việc tiếp cận, ghi danh, điều phối dịch vụ chăm sóc và quản lý trường hợp</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chúng tôi có thể chia sẻ các thông tin của quý vị với các chương trình phúc lợi khác của chính phủ như Covered California vì những lý do như tiếp cận, ghi danh, điều phối dịch vụ chăm sóc và quản lý trường hợp.</li> </ul>
<b>Kháng cáo quyết định của HSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chúng tôi có thể chia sẻ các thông tin của quý vị nếu quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị kháng cáo quyết định của HSA về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.</li> </ul>
<b>Nộp đơn ghi danh Medi-Cal toàn phần</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nếu quý vị nộp đơn ghi danh để nhận được các phúc lợi của chương trình Medi-Cal toàn phần, chúng tôi phải kiểm tra tình trạng nhập cư của quý vị với Sở Di Trú và Nhập Tịch Hoa Kỳ (USCIS).</li> </ul>
<b>Tham gia chương trình chăm sóc sức khỏe có quản lý</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc sức khỏe có quản lý mới, chúng tôi có thể chia sẻ các thông tin của quý vị với chương trình đó vì những lý do như điều phối dịch vụ chăm sóc và để đảm bảo rằng quý vị có thể nhận được các dịch vụ kịp thời.</li> </ul>
<b>Quản lý các chương trình của chúng tôi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chúng tôi có thể chia sẻ các thông tin của quý vị với các nhà thầu và đại lý của chúng tôi mà có thể giúp chúng tôi quản lý các chương trình của mình.</li> </ul>
<b>Tuân thủ các luật pháp đặc biệt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Có những luật đặc biệt bảo vệ một số loại thông tin sức khỏe như các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, điều trị rối loạn sử dụng dược chất và xét nghiệm và điều trị HIV/AIDS. Chúng tôi sẽ tuân theo các luật đặc biệt này khi các luật này ra quy định chặt chẽ hơn thông báo này.</li> </ul>

Chúng tôi sẽ không bao giờ tiếp thị hoặc bán các thông tin cá nhân của quý vị.

## Trách Nhiệm của Chúng Tôi

- Chúng tôi được pháp luật yêu cầu duy trì quyền riêng tư và tính bảo mật cho các thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết ngay lập tức nếu việc vi phạm xảy ra có thể đã ảnh hưởng đến quyền riêng tư hoặc tính bảo mật cho các thông tin của quý vị.
- Chúng tôi phải thực hiện các nhiệm vụ và thực hành quyền riêng tư được mô tả trong thông báo này và cung cấp cho quý vị một bản sao thông báo này.
- Chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc chia sẻ các thông tin của quý vị ngoài các thông tin được mô tả ở đây trừ khi quý vị cho chúng tôi biết chúng tôi có thể làm thế bằng văn bản. Nếu quý vị cho chúng tôi biết chúng tôi có thể làm thế, quý vị có thể thay đổi ý kiến tại bất kỳ thời điểm nào. Hãy cho chúng tôi biết bằng văn bản nếu quý vị thay đổi ý kiến.

Để biết thêm thông tin, quý vị vui lòng truy cập:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### Thay Đổi Các Điều Khoản trong Thông Báo này

Chúng tôi có thể thay đổi các điều khoản trong thông báo này và các thay đổi đó sẽ áp dụng cho tất cả các thông tin chúng tôi có về quý vị. Bản thông báo mới sẽ được cung cấp khi được yêu cầu trên trang web của chúng tôi và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản sao qua đường bưu điện.

Ngày Có Hiệu Lực: Ngày 23 tháng 9 năm 2013

### Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư này áp dụng cho các tổ chức sau.

- Thông báo này áp dụng cho tất cả các chương trình của HSA, bao gồm Medi-Cal. Để có được danh sách đầy đủ các chương trình hiện đang được HSA điều hành, quý vị vui lòng truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ: [www.sfhsa.org](http://www.sfhsa.org).

### Để Biết Thêm Thông Tin

Quý vị vui lòng liên hệ với chúng tôi để yêu cầu nhận được một bản sao của thông báo này bằng các ngôn ngữ khác hoặc để nhận được bản sao dưới định dạng khác, như chữ viết in lớn hoặc chữ nổi Braille.

HSA không có bản sao đầy đủ của các hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị muốn xem, nhận bản sao hoặc thay đổi các hồ sơ y tế của quý vị, đầu tiên quý vị vui lòng liên hệ với bác sĩ, nha sĩ hoặc chương trình y tế của quý vị.



CITY AND COUNTY OF SAN FRANCISCO  
HUMAN SERVICES AGENCY

### Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư của HSA

P. O. Box 7988 ATTN: S200  
San Francisco, CA  
94120-7988

Điện thoại: (844) 415-4905 hoặc (415) 503-4908

Fax: (415) 503-4827

Email: [HSAPrivacyOffice@sfgov.org](mailto:HSAPrivacyOffice@sfgov.org)