

# ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԵՐՊԻ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ

Այս ամփոփագիրը բացատրում է ձեր իրավունքները և ձեզ օգնելու մեր որոշ պարտականությունները:

## ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ

Երբ խոսքը վերաբերում է ձեր առողջության մասին տեղեկություններին, դուք որոշակի իրավունքներ ունեք: Դուք իրավունք ունեք մուտք գործելու, փոփոխելու և վերահսկելու ձեր առողջության մասին տեղեկությունները, ինչպես նշված է դաշնային օրենքներով՝ ներառյալ ըստ HIPAA-ի Գաղտնիության կանոնի, վերարտադրողական առողջության գաղտնիության վերաբերյալ HIPAA-ի վերջնական կանոնի և Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման (SUD) բուժման 42 CFR Մաս 2-ի:

## Ստանալ ձեր բժշկական գրառումների էլեկտրոնային/թղթային պատճենը

- Դուք կարող եք պահանջել տեսնել կամ ստանալ մեր կողմից ձեր վերաբերյալ պահվող ձեր բժշկական գրառումների, ինչպես նաև այլ առողջապահական տեղեկությունների էլեկտրոնային կամ թղթային պատճենը: Հարցրեք մեզ, թե ինչպես դա անել:
- Որպես կանոն, ձեր առողջության մասին տեղեկությունների պատճենը կամ ամփոփագիրը տրամադրվում է ձեր պահանջը ստանալուց հետո 15 օրվա ընթացքում: Մենք կարող ենք գանձել ողջամիտ վճար՝ ծախսերի վրա հիմնված:

## Խնդրել ձեր բժշկական գրառումների ուղղում

- Դուք կարող եք խնդրել մեզ՝ ուղղել ձեր առողջության մասին տեղեկությունները, որոնք, ձեր կարծիքով, սխալ են կամ թերի: Հարցրեք մեզ, թե ինչպես դա անել:
- Մենք կարող ենք ասել “այո” բոլոր ողջամիտ պահանջներին:

## Պահանջել գաղտնի հաղորդակցություն

- Դուք կարող եք խնդրել մեզ՝ կապ հաստատել ձեզ հետ որոշակի եղանակով (օրինակ՝ տան կամ գրասենյակի հեռախոսով) կամ այլ հասցեին փոստային նամակ ուղարկելու եղանակով:
- Մենք կասենք “այո” բոլոր ողջամիտ պահանջներին:

## Խնդրել մեզ սահմանափակել օգտագործվող կամ տարածվող տեղեկությունները

- Դուք կարող եք խնդրել մեզ չօգտագործել կամ չտարածել առողջության մասին որոշակի տեղեկություններ, այդ թվում՝ բուժման, վճարման կամ մեր գործառնությունների համար:
- Մենք պարտավոր չենք համաձայնվել ձեր խնդրանքին, և իրավասու ենք ասել “ոչ”, եթե դա կարող է ազդել ձեր խնամքի վրա:
- Եթե դուք ամբողջությամբ վճարում եք ծառայության կամ առողջապահական ապրանքի համար ձեր գրպանից, կարող եք մեզ խնդրել վճարման կամ մեր գործառնությունների նպատակով այդ տեղեկությունները չտրամադրել ձեր առողջության ապահովագրողին:
- Մենք կասենք “այո”, քանի դեռ օրենքով պարտավորված չենք տրամադրել այդ տեղեկությունները:

## Ստանալ այն մարմինների ցուցակը, որոնց տրամադրել ենք տեղեկություններ

- Դուք կարող եք պահանջել ցուցակ (հաշվետվություն), որը կներառի ձեր հայրը ստանալուն նախորդող վեց տարվա ընթացքում ձեր առողջության տեղեկատվությունների տրամադրման ժամկետները, ստացող մարմինները և տրամադրման նպատակները:

## Ստանալ այս գաղտնիության ծանուցման պատճենը

- Դուք կարող եք ցանկացած պահի խնդրել այս ծանուցման թղթային պատճենը, նույնիսկ եթե համաձայնել եք ստանալ ծանուցումն էլեկտրոնային եղանակով: Մենք ձեզ անհապաղ կտրամադրենք թղթային պատճենը:

# ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԵՐՊԻ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ

## Ընտրել ներկայացուցիչ

- Եթե դուք ինչ-որ մեկին տրամադրել եք բժշկական լիազորագիր կամ եթե ինչ-որ մեկը ձեր օրինական խնամակալն է, այդ անձը կարող է օգտվել ձեր իրավունքներից և որոշումներ ընդունել ձեր առողջության մասին տեղեկությունների վերաբերյալ:
- Մենք կհամոզվենք, որ անձն ունի այս լիազորությունը և կարող է հանդես գալ ձեր փոխարեն՝ նախքան ցանկացած գործողություն ձեռնարկելը:

## Բողոք ներկայացնել, եթե կարծում եք, որ ձեր իրավունքները ոտնահարված են

- Եթե կարծում եք, որ մենք խախտել ենք ձեր իրավունքները, կարող եք բողոք ներկայացնել՝ մեզ հետ կապ հաստատելով Գաղտնիության բաժնի աշխատակցի հետևյալ կոնտակտային տվյալների միջոցով:

### AltaMed Health Services Corporation

Attention: Privacy Officer

2040 Camfield Avenue

Los Angeles, CA 90040

(888) 499-9303

[AltaMedPrivacyOffice@AltaMed.org](mailto:AltaMedPrivacyOffice@AltaMed.org)

- Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և մարդու իրավունքների դեպարտամենտի Քաղաքացիական իրավունքների ծառայությունների գրասենյակ՝ այցելելով [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/) Մենք ձեր դեմ գործողություն չենք ձեռնարկի բողոք ներկայացնելու պատճառով:

Առողջության վերաբերյալ որոշակի տեղեկությունների առումով, կարող եք տեղեկացնել AltaMed-ին՝ մանրամասնելով, թե ձեր ինչ տեղեկություններ կարող ենք տրամադրել այլ կողմերի: Եթե դուք հստակ նախապատվություն ունեք, թե ինչպես կցանկանայիք, որ տրամադրենք ձեր տեղեկությունները ստորև նկարագրված իրավիճակներում, խնդրում ենք հայտնել մեզ: Հայտնեք մեզ ձեր նախապատվությունը, և մենք կհետևենք ձեր հրահանգներին:

## Այս դեպքերում դուք ունեք մեզ ձեր կարծիքը հայտնելու և իրավունք, և ընտրություն.

- Տրամադրել ձեր տեղեկությունները ձեր ընտանիքի անդամներին, մտերիմ ընկերներին կամ ձեր խնամքում ներգրավված այլ անձանց:

## Մարկետինգային նպատակներով.

- Մարկետինգային նպատակներով ձեր Անձնական առողջապահական տեղեկությունների (PHI) օգտագործման և փոխանցման մեծ մասի դեպքում կպահանջի ձեր նախնական գրավոր թույլտվությունը, մի քանի բացառություններով, ինչպիսիք են առողջության հետ կապված ապրանքների, ծառայություն տրամադրողների կամ մատակարարների վերաբերյալ թարմացումների մարկետինգը:

## Դրամահավաքի դեպքում.

- Մենք կարող ենք կապ հաստատել ձեզ հետ՝ AltaMed-ի կողմից հովանավորվող գործունեության մասին տեղեկություններ տրամադրելու՝ ներառյալ դրամահավաքի ծրագրերն ու միջոցառումները ներկայացնելու համար: Դուք ցանկացած ժամանակ կարող եք հրաժարվել դրամահավաքի մասին հաղորդագրություններ ստանալուց՝ կապ հաստատելով մեր Բուժառուների սպասարկման կենտրոնի հետ (888) 499-9303 հեռախոսահամարով կամ պատասխանել ցանկացած հաղորդակցությանը՝ հրաժարվելու խնդրանքով: Ձեր որոշումը որևէ ազդեցություն չի ունենա ձեր բուժման կամ ծառայությունների վճարման վրա:

AltaMed

ՈՐԱԿՅԱԼ ԲՈՒԺԽՆԱՄՔ ԱՌԱՆՑ ԲԱՑԱՌՈՒԹՅԱՆ™

# ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԵՐՊԻ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ

**AltaMed-ը սովորաբար կարող է օգտագործել կամ փոխանցել ձեր առողջության մասին տեղեկությունները հետևյալ եղանակներով:**

## **Բուժել ձեզ**

- Մենք կարող ենք օգտագործել ձեր առողջության մասին տեղեկությունները և դրանք տրամադրել այլ մասնագետների, ովքեր բուժում են ձեզ:

## **Կատարել մեր կազմակերպության գործառույթները**

- Մենք կարող ենք օգտագործել և փոխանցել ձեր առողջական տվյալները մեր գործառույթները վարելու, ձեր խնամքը բարելավելու և անհրաժեշտության դեպքում ձեզ հետ կապ հաստատելու համար:

## **Հաշիվ ներկայացնել ձեր ծառայությունների համար**

- Մենք կարող ենք օգտագործել և փոխանցել ձեր առողջության մասին տեղեկությունները հաշիվներ ներկայացնելու և առողջապահական պլաններից և այլ հաստատություններից վճարում ստանալու համար:

## **Օգնել հանրային առողջության և անվտանգության հարցերում**

- Մենք կարող ենք օգտագործել և փոխանցել ձեր առողջության մասին տեղեկությունները՝ հիվանդությունների կանխարգելման, կասկածելի չարաշահում, անտեսում կամ ընտանեկան բռնություն զեկուցելու համար՝ կանխելով կամ նվազեցնելով որևէ մեկի առողջությանը կամ անվտանգությանը սպառնացող լուրջ վտանգը:

## **Կատարել հետազոտություն**

- Մենք կարող ենք օգտագործել կամ փոխանցել ձեր առողջության մասին տեղեկություններն առողջապահական հետազոտություններ կատարելու համար:

## **Համապատասխանել օրենքին**

- Մենք կփոխանցենք ձեր մասին տեղեկությունները, եթե դա պահանջեն նահանգային կամ դաշնային օրենքները՝ ներառյալ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտը, եթե դա պահանջվում է վերջինիս կողմից համոզվելու համար, որ հետևում ենք գաղտնիության մասին դաշնային օրենքին:

## **Աշխատել բժշկական փորձաքննության կամ թաղման բյուրոյի տնօրենի հետ**

- Մենք կարող ենք առողջական տեղեկություններ փոխանցել դատաբժշկի, բժշկական հետազոտողի կամ թաղման բյուրոյի տնօրենի հետ, երբ անհատը մահանում է:

## **Աշխատողների փոխհատուցման, իրավապահ մարմինների և կառավարության այլ պահանջների նպատակով**

- Մենք կարող ենք օգտագործել կամ փոխանցել ձեր առողջության մասին տեղեկությունները՝ աշխատողների փոխհատուցման պահանջների համար, իրավապահ նպատակներով կամ իրավապահ մարմինների պաշտոնատար անձի հետ, առողջապահական վերահսկողության մարմինների հետ օրենքով լիազորված գործունեության, հատուկ պետական գործառույթների համար, ինչպիսիք են ռազմական, ազգային անվտանգությունը և նախագահի պաշտպանական ծառայությունները:

## **Պատասխանել դատական հայցերին և իրավական գործողություններին**

- Մենք կարող ենք փոխանցել ձեր առողջության մասին տեղեկություններն՝ ի պատասխան դատարանի կամ վարչական հրամանի կամ ի պատասխան դատական ծանուցագրի:

**AltaMed**

ՈՐԱԿՅԱԼ ԲՈՒԺԽՆԱՄՔ ԱՌԱՆՑ ԲԱՏԱՌՈՒԹՅԱՆ™

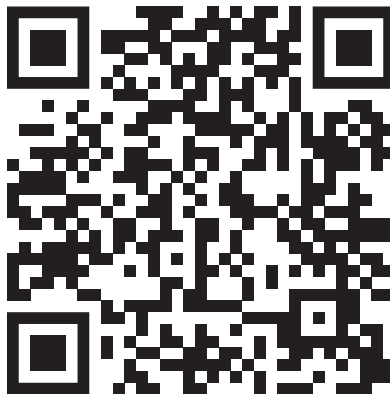
# ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԵՐՊԻ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ

## Ըստ օրենքի մենք պարտավոր ենք պահպանել ձեր առողջության մասին պաշտպանված տեղեկությունների գաղտնիությունն ու անվտանգությունը

- Մենք չենք բացահայտի վերարտադրողական առողջության ծառայությունների հետ կապված ձեր տեղեկություններն իրավապահ մարմիններին կամ երրորդ անձանց՝ առանց ձեր հստակ թույլտվության, բացառությամբ, եթե դա պահանջվի օրենքով:
- Մենք պահանջում ենք ձեր գրավոր համաձայնությունը՝ բացահայտելու SUD բուժման գրառումները բուժման, վճարման և առողջապահական գործողությունների նպատակներով: Ստացողի կողմից SUD-ի բուժման վերաբերյալ տեղեկությունների ցանկացած վերբացահայտումը խստիվ արգելված է, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ առկա է ձեր հստակ թույլտվությունը: Բացի այդ, բացահայտումները պետք է ներառեն ծանուցում, որն արգելում է առանց ձեր համաձայնության հետագա վերաբացահայտումը:
- Մենք ձեզ անհապաղ կտեղեկացնենք, եթե տեղի ունենա խախտում, որը կարող է վտանգել ձեր տեղեկությունների գաղտնիությանը կամ անվտանգությանը:
- Մենք չենք օգտագործի կամ չենք փոխանցի ձեր տեղեկություններն սույն փաստաթղթով չսահմանված դեպքերում՝ բացառությամբ ձեր գրավոր համաձայնության պարագայում: Թույլտվությունը տրամադրելուց հետո, ցանկացած պահի կարող եք փոխել ձեր կարծիքը: Տեղեկացրեք մեզ գրավոր՝ ձեր կարծիքը փոխելու դեպքում:
- Մենք պետք է հետևենք սույն ծանուցմամբ սահմանված պարտականություններին և գաղտնիության գործելակերպին և տրամադրենք ձեզ դրա պատճենը:
- Մենք կարող ենք փոխել այս ծանուցման պայմանները, և նոր ծանուցումը հասանելի կլինի ըստ պահանջի:

## Այս ծանուցման մանրամասն պատճենը ստանալու համար կարող եք դիմել.

- AltaMed-ի Գաղտնիության պաշտոնյային
- Կլինիկային, որտեղ դուք ստանում եք խնամք
- Կարգավորող մարմնի ամենաարդիական ծանուցումները դիտելու համար այցելեք՝ [www.AltaMed.org/regulatory-notices](http://www.AltaMed.org/regulatory-notices) կամ սկանավորեք այս QR կոդը՝



Ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը՝ 2025 թ. հունվար