

OhioHealth

निजतासम्बन्धी प्रक्रियाबारे संयुक्त सूचना

यस सूचनाले तपाईंसम्बन्धी चिकित्सकीय जानकारीहरूको प्रयोग र खुलासा कसरी गरिन्छ र यो जानकारी तपाईं कसरी प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ भनी बताउँदछ। कृपया यसको ध्यानपूर्वक समीक्षा गर्नुहोस्।

OhioHealth एक यस्तो स्वास्थ्य प्रणाली हो जसमा अस्पतालहरू, क्लिनिकहरू, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रहरू, होम हेल्थ सेवा, अनी अन्य कैयौं स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी पेसावालहरू सामेल छन्। निजतासम्बन्धी प्रक्रियाबारे संयुक्त सूचना (सूचना) OhioHealth, यसका चिकित्सकीय कर्मीहरू, अनी प्रबन्धित स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थाहरूमा भाग लिने सम्बद्ध सामुदायिक सेवा प्रदाताहरूसँग लागू हुन्छ। यो सूचना स्वास्थ्य सेवा प्रदाताको रूपमा हाम्रो भूमिकासित सम्बद्ध सेवाहरूसँग मात्रै लागू हुन्छ, अनी कतिपय फिटनेस, वेलनेस, जीवन शैली, शिक्षा रोजगारदाता, खेलाडी तालिम, अनी आउटरीच सेवाहरूसित सम्बद्ध गैर-स्वास्थ्य सेवाहरूसँग लागू हुँदैन।

हाम्रा रोगीहरूलाई उच्च गुणस्तरको सेवा प्रदान गर्नको लागि हाम्रा स्वास्थ्य सेवा प्रदाताहरूले एक साथ मिलेर कार्य गर्छन्। कानूनद्वारा अनुमति प्रदान गरिएअनुसार, संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी साझा गरिन्छ किनभने उपचार गर्न, भुक्तान गर्न तथा स्वास्थ्य सेवा प्रक्रियाहरू सञ्चालित गर्नको लागि यो आवश्यक हुन्छ। यो सूचनाको उद्देश्य तपाईंलाई यो बताउनु हो कि हामी कसरी तपाईंको जानकारी साझा गर्छौं अनी जानकारी साझा गर्ने हाम्रा प्रक्रियाहरूबारे अधिक जानकारीहरू तपाईंले कसरी प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ।

तपाईंले यो सूचना अस्पताल जानभन्दा अघि नै प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ, अथवा तपाईंले यसलाई आफ्नो आगमनको बेलामा त्यही स्थलमा प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। यो भिजिट-को बेलामा उपचारको लागि सहमति फाराममा तपाईंलाई, निजतासम्बन्धी प्रक्रियाबारे संयुक्त सूचना प्राप्त गरेर, यसको स्वीकृति जनाउनको लागि भनिनेछ।

I. तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीलाई संरक्षित गर्ने कानूनी दायित्व हाम्रो हो।

तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको निजतालाई कायम राख्नु तथा हाम्रा कानूनी दायित्वहरू साथै निजतासित सम्बद्ध प्रक्रियाहरूबारे तपाईंलाई सूचित गर्नु हाम्रो लागि कानूनको दृष्टिले आवश्यक ठहर्छ। तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा भइहालेको खण्डमा, यसबारे तपाईंलाई सूचित गर्नु हाम्रो लागि आवश्यक ठहर्छ। यो सूचना प्रभावमा रहुञ्जेल यसका नियमहरूको पालन गर्नु हाम्रो लागि आवश्यक हुन्छ। आवश्यक ठहरेको खण्डमा यो सूचनाका नियमहरूमा परिवर्तन गर्ने तथा हामीले राखेका सबै संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीहरूसँग लागू हुने नयाँ सूचनाहरू जारी गर्ने अधिकार हामीसित सुरक्षित छ। तपाईंले यो सुविधा केन्द्रको पञ्जीकरण विभागमा कुनैपनि संशोधित सूचनाको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ अथवा OhioHealth निजता अधिकारीसित सम्पर्क गरेर यसको एक प्रतिलिपि प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। यो सूचनाको खण्ड VII-मा सम्पर्कसम्बन्धी जानकारी हेर्नुहोस्।

II. हामीले तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको उपयोग अनी खुलासा (साझा) गर्न सक्छौं।

1. **तपाईंको अनुमति।** तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको उपयोग अनी/अथवा खुलासाको अनुमति प्रदान गर्ने फाराममा तपाईंले हस्ताक्षर नगरुञ्जेल, यो सूचनामा उल्लेख गरिएको बाहेक हामी यो जानकारीको उपयोग अनी/अथवा खुलासा गर्नेछौं। तपाईंको अनुमतिको आधारमा हामीले कुनै कार्यवाही गरेका छैनौं भने, यो अनुमतिलाई लिखित रूपमा खारिज गर्ने अधिकार, तपाईंसित छ। तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीका कतिपय उपयोग एवम् खुलासाहरूको लागि हामी सदैव अग्रिम अनुमति लिनेछौं अनी यसमा निम्न सामेल छन्:

- **विपणनसम्बन्धी सञ्चार।** यस दस्तावेजको उद्देश्यका लागि, विपणन सञ्चारमा निम्न सामेल छैनन्: यदि यस्तो तपाईंलाई सोझै व्यक्तिगत रूपमा गरिएको छैन, यो सामान्य मूल्यको प्रोत्साहनमूलक उपहार होइन, पर्चामा लेखिएको औषधीको याद दिलाउने पत्र होइन, स्वास्थ्य एवम् कल्याणसम्बन्धी साधारण जानकारी होइन, अथवा हामीले प्रदान गर्ने सेवाहरू वा स्वास्थ्यसम्बन्धी उत्पादहरूबारे जानकारी होइन अथवा तपाईंको उपचारसित सोझो सम्बन्ध राख्ने जानकारी होइन भने।

- **तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीहरूको प्रायःजस्ता बिक्रीहरू।** तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीहरूको प्रयोग उपचार वा भुक्तानी उद्देश्यका लागि गरिंदैछ वा कानूनद्वारा आवश्यक भएको स्थितिमा बाहेक, यसको बिक्रीका लागि हामी तपाईंबाट अनुमति लिनेछौं
 - **मनोचिकित्सकीय टिप्पणीहरूको प्रायःजस्ता प्रयोग र खुलासाहरू।** तपाईंका मनोचिकित्सकीय टिप्पणीहरूको प्रायःजस्ता प्रयोग र खुलासाहरूका लागि, अन्यथा अनुमति भएको वा कानूनद्वारा आवश्यक भएको अवस्थामा बाहेक, हामीले तपाईंबाट अनुमति लिनेछौं
- 2. उपचार।** तपाईंको उपचारको लागि आवश्यक ठहरिएको खण्डमा, हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको उपयोग अनि खुलासा गर्न सक्छौं उदाहरणको लागि:
- तपाईंको उपचारमा संलग्न डक्टर र नर्सहरू साथै अन्य पेसावालहरूले तपाईंको उपचार प्रक्रियाको योजना तयार पार्नको लागि तपाईंको चिकित्सकीय विवरणमा रहेको जानकारी तथा लक्षण र प्रतिक्रियाहरूको बारेमा तपाईंले उपलब्ध गराउनुभएको जानकारीको उपयोग गर्नेछन्, जसमा विविध प्रतिक्रियाहरू, औषधी, जाँचहरू आदि सामेल छन्।
 - हामीले तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा अन्य स्वास्थ्य सेवा केन्द्र वा पेसावालसमक्ष गर्न सक्छौं जो हामीसित सम्बद्ध छैनन्, तर जसले तपाईंलाई उपचार उपलब्ध गराइरहेका छन्। उदाहरणको लागि, यदि अस्पतालबाट छुट्टी पाएपछि तपाईंले होम हेल्थ हेरचाह सेवा प्राप्त गर्नुहुन्छ भने, हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा होम हेल्थ हेरचाह सेवा एजेन्सीसमक्ष गर्न सक्छौं जसमा तपाईंको स्याहार-सुसार निम्ति योजना बनाउन सकियोस्।
 - यदि घुँडोको चोटपटक निम्ति तपाईंको उपचार गरिंदैछ भने, हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी शारीरिक चिकित्सासित सम्बद्ध कर्मीसित गर्न सक्छौं, जसमा तपाईंको गतिविधि नियोजित गर्नमा मद्दत पुगोस्।
- 3. तपाईंको उपचारको भुक्तानी।** हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको उपयोग एवम् खुलासा ती स्वास्थ्य पेसावालहरू एवम् केन्द्रहरूलाई भुक्तानी गर्नको लागि आवश्यक ठहरिएको खण्डमा गर्न सक्छौं, जसले तपाईंको उपचार गरेका छन् अथवा तपाईंलाई सेवा उपलब्ध गराएका छन्। उदाहरणको लागि, तपाईंलाई उपलब्ध गराइएका सेवाहरूको भुक्तानीको व्यवस्था गर्नको लागि हामी तपाईंको बीमा कम्पनीलाई तपाईंका चिकित्सकीय प्रक्रियाहरू अनि उपचारसित सम्बद्ध जानकारी पठाउन सक्छौं, अथवा हामी त्यो जानकारीको उपयोग तपाईं वा तपाईंको भुक्तानी निम्तन जिम्मेवार व्यक्तिलाई बिल पठाउनको लागि गर्न सक्छौं।
- 4. स्वास्थ्य हेरचाह सेवा सञ्चालन।** आवश्यक ठहरिएको अनि कानूनले अनुमति दिएको खण्डमा, हामी हाम्रा स्वास्थ्य सेवाहरूको सञ्चालन निम्ति तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको उपयोग साथै खुलासा गर्न सक्छौं, जसमा नैदानिक सुधार, पेसावाल समकक्ष समीक्षा, व्यापार प्रबन्धन, मान्यता प्रदान अनि लाइसेन्स प्रदान, आदि सामेल छन्। उदाहरणको लागि:
- हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको उपयोग एवम् खुलासा नैदानिक उपचार साथै हाम्रा रोगीहरूको स्वास्थ्य सेवामा सुधार गर्नको लागि गर्न सक्छौं।
 - हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको उपयोग एवम् खुलासा हाम्रो सम्बद्ध स्वास्थ्य हेरचाह सुविधा केन्द्रहरू र हाम्रो स्वास्थ्य हेरचाह सेवा सञ्चालनका लागि संगठित स्वास्थ्य हेरविचारका सदस्यहरू र सङ्गठित स्वास्थ्य हेरचाह सेवा व्यवस्था गर्नको लागि गर्न सक्नुहुन्छ।
 - गुणस्तरसम्बन्धी आश्वासन अनि मामिला प्रबन्धन जस्ता कुरोहरूको लागि पनि हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा अन्य स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, स्वास्थ्य सेवा पेसावाल, वा स्वास्थ्य योजनासमक्ष गर्न सक्छौं, तर त्यो केन्द्र, पेसावाल, वा योजनासित रोगीको रूपमा तपाईंको सम्बन्ध पहिले वा हालमा रहेको हुनुपर्छ।
- 5. अनुसन्धान।** सीमित परिस्थितिहरूमा, हामी अनुसन्धानात्मक उद्देश्यहरूको लागि हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको उपयोग साथै खुलासा गर्न सक्छौं। उदाहरणको लागि:
- कुनै अनुसन्धान सङ्गठनले कुनै विशेष औषधीको सेवन गर्ने सबै रोगीहरूका परिणामहरूको तुलना गर्न चाहेको खण्डमा, सङ्गठनलाई चिकित्सकीय विवरणहरूको श्रृंखलाको समीक्षा गर्न आवश्यक ठहर्छ।
 - तपाईंको विशेष अनुमति प्राप्त नभएका सबै मामिलाहरूमा, तपाईंको निजतालाई अनुसन्धानको रेखदेख गर्ने संस्थागत समीक्षा बोर्ड वा निजता बोर्ड अथवा संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको उपयोग एवम् खुलासालाई सीमित तुल्याउने अनुसन्धानकर्ताहरूका प्रस्तुतिहरूद्वारा लागू गरिने निजतासम्बन्धी कडा नियम र आवश्यकताहरू अधीन संरक्षित राखिनेछ।

6. **एपोएन्टमेन्ट तथा सेवाहरू।** एपोएन्टमेन्टहरूबारे याद दिलाउन वा जाँच परिणामहरू वा अन्य सेवाहरूको बारेमा बताउनको लागि हामी तपाईंसित सम्पर्क गर्न सकौं। यी सर-संवादहरूसित सम्बद्ध तपाईंका कतिपय अधिकारहरू छन्, जसको बारेमा खण्ड V-मा व्याख्या गरिएको छ।
7. **व्यापार सहयोगीहरू।** लेखा परीक्षण, मान्यता प्रदान, कानूनी सेवा, आदि जस्ता हाम्रा सेवाहरूसित सम्बद्ध कतिपय कार्यहरू बाह्य व्यक्तिहरू अथवा सङ्गठनहरूद्वारा गरिन्छन्, जोसित हाम्रो अनुबन्ध रहेको हुन्छ। कहिले-काहीं हामीलाई सहायता गर्ने यी बाह्य व्यक्तिहरू वा सङ्गठनहरूमध्ये कुनै एक वा अधिकलाई तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी उपलब्ध गराउनु हाम्रो लागि आवश्यक हुन सक्छ। सबै मामिलाहरूमा, यी व्यापार सहयोगीहरूले तपाईंको जानकारी निजतालाई उपयुक्त ढङ्गले सुरक्षित राख्नु हाम्रो लागि आवश्यक हुन्छ।
8. **अन्य उपयोगहरू तथा खुलासाहरू।** तपाईंको सहमति वा अनुमति विना तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीका कतिपय अन्य उपयोगहरू र खुलासाहरू निम्ति कानूनले अनुमति प्रदान गर्छ अथवा कानूनी दृष्टिले आवश्यक ठहरिन्छ।
- कानूनी दृष्टिले आवश्यक कुनैपनि उद्देश्यको लागि हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्न सकौं;
 - रोग, चोट-पटक, जन्म एवम् मृत्युबारे आवश्यक रिपोर्ट दर्ता गर्नु तथा जन-स्वास्थ्यसम्बन्धी आवश्यक विवरणहरू दर्ता गर्नु जस्ता जन-स्वास्थ्यसित सम्बद्ध गतिविधिहरू निम्ति हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्न सकौं;
 - यदि हामीलाई शिशुसित दुर्व्यवहार वा उसको उपेक्षाको सन्देह छ अनि यदि हामी तपाईं दुर्व्यवहार, उपेक्षा, वा घरेलु हिंसाको शिकार हुनुभएको छ भनी ठान्छौं भने, त्यस स्थितिमा हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्न सकौं किनभने यसो गर्नु कानूनी दृष्टिले आवश्यक ठहर्छ;
 - मौखिक वा लिखित रूपमा आमाबुवाहरू वा अभिभावकहरू (वा विद्यार्थी, यदि ऊ अल्पव्यस्क छैन भने) सहमत भएको खण्डमा हामी प्रतिरक्षण खोपहरूका विवरणहरूको खुलासा विद्यार्थीको स्कूलमा गर्न सकौं;
 - आवश्यक ठहरिएको खण्डमा, हामी प्रतिकूल घटनाहरू साथै उत्पादका त्रुटिहरूबारे रिपोर्ट गर्न, वा उत्पाद फिर्तामा भाग लिनको लागि खाद्य एवम् औषधी प्रशासनसमक्ष तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्न सकौं;
 - हामीले तपाईंलाई स्वास्थ्य हेरचाह सेवा उपलब्ध गराएको स्थितिमा कार्यस्थल-सम्बद्ध बिमारी वा चोटपटक निर्धारित गर्नको लागि तपाईंको रोजगारदाताले अनुरोध गरेको खण्डमा, हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्न सकौं, अनि अधिकांश मामिलाहरूमा, तपाईंको रोजगारदातासमक्ष जानकारीको खुलासा गरिएको छ भन्ने सूचना तपाईंले पाउनुहुनेछ;
 - हामी कानूनी दृष्टिले आवश्यक ठहरिएको खण्डमा, तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा लेखा परीक्षण, जाँच, अथवा गैर-आपराधिक वा आपराधिक कार्यवाहीहरूको सञ्चालन गर्ने सरकारी निरीक्षण एजेन्सीसमक्ष गर्न सकौं;
 - कुनै अदालती आदेश वा अन्वेषणसम्बन्धी अनुरोधद्वारा आवश्यक ठहराइएको खण्डमा, हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्न सकौं, अनि कतिपय मामिलाहरूमा, तपाईंले यस्तो खुलासाबारे सूचना पाउनुहुनेछ;
 - घाउ, र चोटपटक साथै अपराधहरूको रिपोर्ट दर्ता गर्दा हामी कानून लागू गर्ने तन्त्रसमक्ष तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्न सकौं, जो कानूनी दृष्टिले आवश्यक छ;
 - हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा अपमृत्युको जाँच गर्ने अधिकारी अनि/अथवा अन्तिम संस्कार निर्देशकसमक्ष गर्न सकौं, जो कानूनी दृष्टिले आवश्यक छ;
 - तपाईंबाट कुनै अड्ग वा ऊतक दान अथवा तपाईंको लागि प्रत्यारोपणको व्यवस्था मिलाउँदा आवश्यक ठहरिए, हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्न सकौं;
 - निजता सुनिश्चित गर्ने स्थापित नियमहरू भएको कुनै संस्थागत समीक्षा बोर्डद्वारा अनुमोदित अनुसन्धानको मामिलामा, यस्ता कतिपय अनुसन्धानात्मक उद्देश्यहरूको लागि हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्न सकौं;
 - हामीलाई स्वास्थ्य वा सुरक्षामाथि गम्भीर खतरा भएको सन्देह भएमा, यस्ता कतिपय सीमित मामिलाहरूमा हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्न सकौं;
 - यदि तपाईंको सेनाको सदस्य हुनुहुन्छ भने सशस्त्र बल सेवाहरूको नियमअनुसार हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्न सकौं, अनि राष्ट्रिय सुरक्षा वा गुप्तचर गतिविधिहरू निम्ति आवश्यक ठहरिए पनि हामी त्यसो गर्न सकौं; तथा
 - तपाईंले पाउने कामदारहरूको क्षतिपूर्तिको रकमको निर्धारण निम्ति आवश्यक ठहरिए हामी कामदारहरूको क्षतिपूर्ति एजेन्सीहरूसमक्ष तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्न सकौं।

III. प्रबन्धित स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था

OhioHealth-ले एपिक इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य रेकर्ड प्रणालीको उपयोग गर्ने अस्पताल र चिकित्सा प्रणालीहरू जस्ता अन्य सामुदायिक प्रदाताहरूसित एक वा अधिक प्रबन्धित स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थाहरू (OHCA)-मा भाग लिन्छ। OHCA-मा भाग लिँदा, हामीले अन्य OHCA सहभागी प्रदाताहरूसित इलेक्ट्रोनिक माध्यमद्वारा तपाईंको जानकारी प्राप्त गर्न सक्छौं अनि हामी अन्य सहभागी प्रदाताहरूसित तपाईंको जानकारी उपलब्ध गराउन सक्छौं। हामी अनि अन्य सहभागी प्रदाताहरूले तपाईंको उपचार गर्न, तपाईंको स्याहार-सुसारको लागि तालमेल मिलाउन, तपाईंको उपचार निम्ति भुक्तानीको अनुरोध गर्न तथा स्वास्थ्य हेरचाह सेवा सञ्चालनहरू (जस्तै OHCA सहभागी प्रदाताहरूको मूल्याङ्कन र उनीहरूको स्वास्थ्य हेरचाह सेवाको गुणस्तरमा सुधार)-को लागि तपाईंसम्बन्धी जानकारीको उपयोग गर्नेछौं।

OHCA-का सहभागी प्रदाताहरू स्वतन्त्र सङ्गठनहरू हुन अनि कुनैपनि सहभागी प्रदाताहरू अन्य सहभागी प्रदाताका कर्मचारी, एजेन्ट, साझेदार वा संयुक्त उद्यमी होइनन् (कतिपय सीमित स्थितिहरू बाहेक, जहाँ सहभागी प्रदाताले एक अर्को सहभागी प्रदातासित एक भिन्ने सम्झौतामा संलग्न भएको हुन्छ)। OHCA-मा सहभागिता निम्ति हरेक प्रदाताले स्वयम् नै आवश्यक पाइलोहरू सारेका हुन्छन् अनि उनीहरूले कानूनको अनुमतिअनुसार उपचार एवम् अन्य उद्देश्यहरूको लागि रोगीसम्बन्धी जानकारी साझा गर्छन्।

IV. निम्न उपयोग एवम् खुलासाहरूको मामिलाहरूमा तपाईंले आपत्ति जनाउने (“बाहिर निस्कने”) अवसर पाउनुहुनेछ।

- 1. हाम्रो सुविधा निर्देशिका।** हामी एक सुविधा निर्देशिकालाई कायम राख्छौं जसमा तपाईंको नाउँ, अवस्थिति वा कक्ष अर्थात् कमरा नम्बर, सामान्य स्थिति अनि तपाईंले इच्छा गर्नुभएको खण्डमा, तपाईं सम्बन्धित धर्मलाई सूचीबद्ध गर्छौं। तपाईंले यो निर्देशिकाबाट आफ्नो जानकारीलाई नहटाउने निर्णय लिनुभएको खण्डमा, तपाईं सम्बन्धित धर्म बाहेक, अन्य जानकारीको खुलासा तपाईंको नाउँ लिएर अनुरोध गर्ने कुनैपनि व्यक्ति समक्ष गरिनेछ। तपाईं सम्बन्धित धर्म लगायत, यो जानकारी पुरोहित वर्गलाई पनि उपलब्ध गराउन सकिन्छ। पञ्जीकरणको बेलामा आफ्नो जानकारीलाई यो निर्देशिकाबाट हटाउने तथा कुन जानकारी दिन सकिने अनि/अथवा कसलाई यो उपलब्ध गराउन सकिने, सो निश्चित गर्ने अधिकार तपाईंसित छ।
- 2. तपाईंको स्याहार-सुसारमा संलग्न परिवार एवम् मित्रहरू।** केही अवस्थाअन्तर्गत, हामी समय-समयमा तपाईंसम्बन्धी स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा तपाईंका परिवार, मित्रहरू, अनि तपाईंको स्याहार-सुसारमा लागेका वा तपाईंको उपचार निम्ति भुक्तानी गर्ने अन्यहरूसमक्ष गर्न सक्छौं, जसमा तपाईंको स्याहार-सुसारमा संलग्न वा तपाईंको उपचार निम्ति भुक्तानी गर्ने व्यक्तिलाई सो सुविधा उपलब्ध गराउन सकियोस्। यदि तपाईं उपलब्ध हुनुहुँदैन, अक्षम हुनुहुन्छ, अथवा तपाईंले चिकित्सकीय दृष्टिले सङ्कटकालीन स्थितिको सामना गरिरहनु भएको छ अनि हाम्रो विचारमा सीमित खुलासा तपाईंको सर्वोत्तम हितमा हुनेछ भने, त्यस स्थितिमा, तपाईंको अनुमति विना नै, ती व्यक्तिहरूसित हामी संरक्षित स्वास्थ्य सम्बन्धी सीमित जानकारी साझा गर्न सक्छौं। हामी तपाईंको सीमित संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा आपदा राहत कार्यहरूमा सहायता पुऱ्याउनको लागि प्राधिकृत सार्वजनिक वा निजी निकायसमक्ष गर्नसक्छौं, जसमा त्यो निकायले तपाईंको पारिवारिक सदस्य वा तपाईंको स्याहार - सुसारमा अलिकता पनि संलग्न अन्य व्यक्तिहरूलाई खोज्न सकोस्।
- 3. कोष सङ्ग्रह।** तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीहरूको सीमित हिस्साको प्रयोग हाम्रो वा हाम्रो तर्फबाट कोष सङ्ग्रह गर्ने प्रयासमा दान गर्नका लागि तपाईंसँग सम्पर्क गर्न प्रयोग गरिने छ। यस सीमित जानकारीमा तपाईंको नाम, ठेगाना, सम्पर्कका अन्य जानकारीहरू, उमेर, लिङ्ग, जन्म मिति, ओहायोहेल्थबाट प्राप्त स्वास्थ्य सेवाका मितिहरू, उपचार गर्ने डक्टरहरू, विभागहरू तथा परिणामसम्बन्धी जानकारी साथै स्वास्थ्य बिमाको स्थिति सामेल हुन सक्दछन्। यो सीमित मात्राको जानकारीको प्रयोगले हामीलाई हाम्रो कोष सङ्ग्रह गर्ने प्रयासमा थप केन्द्रित हुन मद्दत गर्नेछ। कोष सङ्ग्रहसित सम्बद्ध सामग्री/सर-सञ्चार प्राप्त गर्नुबाट मनाही गर्ने अधिकार तपाईंसित छ अनि तपाईंले आफ्नो नाउँ र ठेगाना तपाईं हामीबाट कोष सङ्ग्रहसित सम्बद्ध सामग्रीहरू वा सर-सञ्चार प्राप्त गर्न चाहनुहुँदैन भन्ने बयानका साथ OhioHealth's Ethics & Compliance Office, 3430 OhioHealth Parkway, Columbus, Ohio 43202-मा, वा CompliancePrivacy@ohiohealth.com-मा पठाएर यसो गर्न सक्नुहुन्छ।

V. तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको सम्बन्धमा तपाईंका अधिकारहरू।

- 1. तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीप्रति पहुँचा।** तपाईंको तर्फबाट हामीले राखेका अधिकांश संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको प्रतिलिपि बनाउने अनि/अथवा निरीक्षण गर्ने अधिकार, तपाईंसित छ।

- केही जानकारीहरू तुरुन्तै प्राप्त गर्नका लागि MyChart-को प्रयोग गर्न OhioHealth सिफारिस गर्दछ। यदि तपाईंसित MyChart अकाउन्ट छैन भने तपाईंले यसरी अकाउन्ट खोल्न सक्नुहुन्छ: <https://mychart.ohiohealth.com/MyChart/signup>
 - यस्तो गर्नको लागि सबै अनुरोधहरू लिखित रूपमा अनि तपाईं वा तपाईंका प्रतिनिधिद्वारा हस्ताक्षरित हुनु अनिवार्य छ। यसको लागि कुनै खर्च लाग्नेभए, त्यसबारे हामी तपाईंलाई अग्रिम सूचना दिनेछौं।
 - तपाईंले मेलद्वारा प्रतिलिपि पठाउने अनुरोध गर्नुभएको खण्डमा, हामी त्यसको शुल्क लिनेछौं अनि तपाईंले अनुरोध गरिएको जानकारीको सार-संक्षेपको लागि अनुरोध गर्नुभएमा सार-संक्षेप तयार पार्न लाग्ने शुल्क पनि तपाईंबाट लिनेछौं। तपाईंले जानकारीप्रति पहुँच प्राप्त गर्नको लागि यस सुविधा केन्द्रको मेडिकल रेकर्ड्स विभागकोबाट अनुरोध फाराम प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ।
 - तपाईंसित इलेक्ट्रोनिक रूपमा रहेको तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको इलेक्ट्रोनिक प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने अधिकार छ अनि तपाईंले त्यो प्रतिलिपि सोझै तपाईंद्वारा मनोनीत कुनै निकाय वा व्यक्तिलाई पठाउने अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ, तर यस्तो मनोनयन स्पष्ट, सहज साथै विशिष्ट हुनुपर्छ अनि यसमा पूरा नाउँ र मेल गर्ने ठेगाना वा पहिचानसम्बन्धी अन्य जानकारीको उल्लेख गरिनुपर्छ।
 - तपाईंको इलेक्ट्रोनिक संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको प्रतिलिपि तयार पार्दा लाग्ने श्रम अनि सामग्रीहरूको लागि हामी तपाईंबाट शुल्क लिन सक्छौं।
- 2. तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीमा परिवर्तन।** यदि तपाईं यो ठान्नुहुन्छ कि तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीमा कुनै त्रुटि छ अथवा यो ठान्नुहुन्छ कि जानकारीलाई सही बनाउनको लागि यसमा संशोधनको आवश्यकता छ भने, त्यस स्थितिमा, तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीलाई संशोधन गर्ने वा त्यसलाई सही पार्ने अनुरोध लिखित रूपमा गर्ने अधिकार तपाईंसित छ।
- अनुरोध गरिएका सबै परिवर्तनहरू गर्नको लागि हामी वाध्य छैनौं तर हामी हरेक अनुरोधबारे ध्यानपूर्वक सोचविचार गर्नेछौं।
 - हामीले सोचविचार गर्नुपर्ने संशोधनसम्बन्धी सबै अनुरोधहरू लिखित रूपमा हुनु साथै तपाईं वा तपाईंका प्रतिनिधिद्वारा यसमा हस्ताक्षर गरिनु अनिवार्य छ, अनि यसमा संशोधन/भूल सुधारको अनुरोधका कारणहरूको उल्लेख अनिवार्य रूपमा गरिएको हुनुपर्छ।
 - यदि हामीले तपाईंले अनुरोध गर्नुभएको संशोधन वा भूल सुधार गर्नुपर्ने भने, हामीले आवश्यक ठानेको खण्डमा हामी यसबारे हामीसित कार्य गर्ने अन्यहरूलाई पनि सूचित गर्नेछौं अनि असंशोधित रेकर्डका प्रतिलिपिहरू राख्नेछौं।
 - तपाईंले यो सुविधा केन्द्रको मेडिकल रेकर्ड्स विभागबाट संशोधनको लागि अनुरोध गर्ने फाराम प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ।
- 3. तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासाहरूको हिसाब-किताब।** तपाईंसित हामीले गरेका तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको कतिपय खुलासाहरूको हिसाब-किताब प्राप्त गर्ने अधिकार छ। यो अधिकार उपचार, भुक्तान वा स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनको उद्देश्यले गरिएका खुलासाहरूमाथि भने लागू हुँदैन।
- अनुरोधहरू लिखित रूपमा गरिनुपर्छ अनि यसमा तपाईं वा तपाईंका प्रतिनिधिको हस्ताक्षर हुनुपर्छ।
 - एकाउन्टिङ्ग अर्थात् हिसाब-किताबको अनुरोध निम्ति फारामहरू यो सुविधा केन्द्रको मेडिकल रेकर्ड्स विभागमा उपलब्ध छन्।
 - कुनैपनि 12 महिनाको अवधिमा प्रथम हिसाब-किताब निःशुल्क प्राप्त गर्न सकिन्छ; त्यही 12 महिनाको अवधिमा तपाईंले पुनः अनुरोध गर्नुभएको खण्डमा, हरेक हिसाब-किताब निम्ति शुल्क लाग्नेछ।
 - हिसाब-किताबलाई अनुरोध गरिएको तारिखभन्दा छः वर्ष अघिसम्म सीमित राखिएको छ।
- 4. तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको उपयोग र खुलासासित सम्बद्ध प्रतिबन्धहरू।** उपचार, भुक्तानी, वा स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन निम्ति हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको कसरी उपयोग साथै खुलासा गर्छौं, त्यसमाथि सीमाहरू थोप्नको लागि अनुरोध गर्ने अधिकार, तपाईंसित छ।
- कानूनले अनुमति दिएका उपयोगहरूको लागि भने तपाईंले सीमा तोक्न नसक्नु पनि हुनेछ।
 - प्रतिबन्धको लागि अनुरोध गर्ने फाराम यो सुविधा केन्द्रको मेडिकल रेकर्ड्स विभागबाट प्राप्त गर्न सकिन्छ।
 - अधिकांश मामिलाहरूमा, प्रतिबन्धसम्बन्धी तपाईंको अनुरोधलाई हामीले स्वीकार गर्ने आवश्यकता छैन, तर उपयुक्त ठहरिए उचित अनुरोधहरूलाई स्वीकार गर्ने प्रयास गरिनेछ।
 - हामीसित हामीलाई उचित लागेको खण्डमा पहिलेबाट स्वीकृत प्रतिबन्धलाई समाप्त गर्ने अधिकार सुरक्षित छ। यस्तो भएको खण्डमा, हामी तपाईंलाई सूचित गर्नेछौं।
 - तपाईंसित यो सुविधा केन्द्रको मेडिकल रेकर्ड्स विभागमा तपाईं वा तपाईंका प्रतिनिधिद्वारा हस्ताक्षरित लिखित सूचना पठाएर पहिलेबाट स्वीकृत प्रतिबन्धलाई समाप्त गर्ने अधिकार पनि छ।

- यदि तपाईंले सेवाको खर्चसम्बन्धी सम्पूर्ण बिलको भुक्तानी आफ्नै गोजीबाट गर्नुहुन्छ, अनि हामीलाई कुनै विशेष सेवाबारे जानकारीलाई भुक्तानी निमित्त तपाईंको बीमा कम्पनीलाई नपठाउने अनुरोध गर्नुहुन्छ भने, तपाईंको बीमा कम्पनीलाई अन्य सेवाहरूको लागि पठाइने बिलहरूको सम्बन्धमा त्यो जानकारीको आवश्यकता नभएको खण्डमा, हामी त्यो अनुरोधलाई स्वीकार गर्नेछौं।

5. गोपनीय सर सञ्चारहरू। तपाईंसित तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको सम्बन्धमा हामीबाट सर-संवादहरू वैकल्पिक उपायहरूद्वारा वा वैकल्पिक स्थानहरूमा प्राप्त गर्नको लागि अनुरोध गर्ने अधिकार छ अनि हामी तपाईं वा तपाईंका प्रतिनिधिबाट प्राप्त उचित अनुरोधलाई स्वीकार गर्नेछौं। उदाहरणको लागि, यदि तपाईं एपोएन्टमेन्टको याद दिलाउने सन्देश भॉयस मेलमा नछोड्न अथवा त्यसलाई एक विशेष ठेगानामा पठाउने इच्छा गर्नुहुन्छ भने, हामी उचित अनुरोधहरूलाई स्वीकार गर्नेछौं। तपाईंले यस्ता गोपनीय सर-सञ्चारहरूको सम्बन्धमा लिखित रूपमा अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ अनि आफ्नो अनुरोधलाई यो सुविधा केन्द्रको मेडिकल रेकर्ड्स विभागलाई पठाउन सक्नुहुन्छ।

6. कागजको प्रतिलिपि। तपाईंले यो सूचनाको प्रतिलिपि ई-मेल अथवा अन्य इलेक्ट्रोनिक माध्यमहरूबाट प्राप्त गर्नको लागि अनुरोध गर्नुभएको भए तापनि यो सूचनाको कागजको प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने अधिकार, तपाईंसित छ।

VI. अप्राधिकृत खुलासाहरूको सूचना।

तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको उल्लंघन भएको खण्डमा, तपाईंले आफूलाई क्षतिबाट जोगाउको लागि सार्नसक्ने पाइलोहरूबारे सूचना तथा जानकारी प्राप्त गर्नुहुनेछ।

VII. प्रश्नहरू तथा गुनासोहरू।

यो सूचनाको सम्बन्धमा तपाईंसित प्रश्नहरू छन् अथवा तपाईंलाई अधिक सहायताको खाँचो छ भने, तपाईंले OhioHealth प्राइभेसी अफिसरसित 3430 OhioHealth Parkway, Columbus, Ohio 43202-मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ, वा 1-866-411-6181-मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ। यदि तपाईं आफ्ना निजतासम्बन्धी अधिकारहरूको उल्लंघन भयो भनी ठान्नुहुन्छ वा तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीप्रति पहुँचबारे लिएको निर्णयसित असहमत हुनुहुन्छ भने, तपाईंले निम्न व्यक्तिहरूसित सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ:

- OhioHealth प्राइभेसी अफिसर, वा
- यू एस स्वास्थ्य एवम् मानव सेवा विभागका सचिव, वाशिङ्टन डी सी अनि तपाईंले आफ्ना अधिकारहरूको उल्लंघन भएको 180 दिनहरूभित्र यस्तो गुनासो लिखित रूपमा गर्नुपर्नेछ।
- गुनासो दर्ता गरेकोमा कुनै प्रतिशोध्यात्मक कार्यवाही गरिनेछैन।

VIII. प्रभावमा आउने तारिख।

निजतासम्बन्धी प्रक्रियाबारे यो संयुक्त सूचना 1 जून, सन् 2017-देखि प्रभावमा छ। संशोधित 16/3/2021.