

## فرم اطلاعات و رضایت‌نامه HIPAA

قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه سلامت (HIPAA) برای محافظت از حریم خصوصی شما تدابیری را فراهم کرده است.

اجرای الزامات HIPAA به طور رسمی از تاریخ ۱۴ آوریل ۲۰۰۳ آغاز شد. بسیاری از این قوانین سالهاست که در مطب ما اجرا میشوند. این فرم نسخه ای ساده شده از این الزامات است. نسخه کاملتر آن در مطب نصب شده است.

### هدف این قانون چیست؟

به طور خاص، قوانینی وجود دارد که مشخص میکند چه کسانی میتوانند اطلاعات سلامت محافظت شده شما (PHI) را مشاهده یا در مورد آن اطلاع پیدا کنند. این محدودیت ها شامل تبادل اطلاعات معمولی که برای ارائه خدمات پزشکی لازم است، نمیشد.

HIPAA حقوق و محافظت هایی برای شما به عنوان بیمار فراهم میکند.

برای اطلاعات بیشتر در این زمینه صفحه مجازی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده در دسترس است:

[www.hhs.gov](http://www.hhs.gov)

### ما اصول زیر را اتخاذ کرده ایم:

۱. اطلاعات بیمار محرمانه نگه داشته میشود، مگر در مواردی که برای ارائه خدمات یا رسیدگی به امور اداری مرتبط با مراقبت شما لازم باشد. این شامل به اشتراک گذاری اطلاعات با دیگر ارائه دهندگان مراقبتهای بهداشتی، آزمایشگاه ها، شرکتهای بیمه درمانی و... میشود. اطلاعات پزشکی شما در فضای مجازی امن ذخیره شده و فقط توسط پزشک و پرسنل مطب قابل دسترسی میباشد. شما با رویه های عادی موجود در مطب در مورد نحوه نگهداری و استفاده از پرونده ها، اطلاعات پزشکی و سایر مدارک موافقت میکنید.
۲. قانون مطب یادآوری وقت های ملاقات به بیماران است. ممکن است از طریق تلفن، ایمیل، پیامک، نامه پستی ایالات متحده یا هر روش مناسب دیگر با شما تماس گرفته شود. همچنین ممکن است اطلاعاتی درباره تغییرات در اصول روند مطب یا فرآوری های جدید برای تان ارسال شود.
۳. این مرکز از خدمات شرکت های مختلف در انجام امور کاری خود استفاده میکند. این شرکت ها به اطلاعات پزشکی شما دسترسی دارند ولی به قوانین محرمانگی HIPAA پایبند میباشند.
۴. شما موافقت میکنید که بازرسی از مطب و بررسی مدارک (که ممکن است شامل اطلاعات پزشکی باشند) توسط نهادهای دولتی یا شرکتهای بیمه در چارچوب وظایف عادی آنها انجام شود.
۵. در صورت داشتن هرگونه نگرانی درباره حریم خصوصی، آن را به مدیر مطب یا پزشک اطلاع دهید.

۶. اطلاعات محرمانه شما برای بازاریابی یا تبلیغات هیچ محصول، کالا یا خدماتی استفاده نخواهد شد.
۷. ما متعهد هستیم که دسترسی بیماران به سوابق پزشکی شان را طبق قوانین ایالتی و فدرال فراهم کنیم.
۸. ممکن است برخی از این مفاد را برای بهبود خدمات به بیماران و مطب تغییر دهیم، حذف کنیم یا اصلاح کنیم.
۹. شما حق دارید درخواست محدودیت در استفاده از اطلاعات سلامت محافظت شده خود را داشته باشید یا تغییر برخی از اصول داخلی مربوط به آن را بخواهید. با این حال، ما موظف نیستیم که قوانین داخلی خود را برای تطبیق با این درخواست ها تغییر دهیم.

#### تأیید

من این سند را خوانده و آن را درک کرده ام.

نام بیمار:

امضا:

تاریخ: