

Thông báo về quy định quyền riêng tư của WelbeHealth

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH THỨC CHÚNG TÔI SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ CŨNG NHƯ CÁCH THỨC QUÝ VỊ CÓ THỂ TIẾP CẬN THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG ĐỌC KỸ.

Tất cả các đơn vị thuộc phạm vi áp dụng của thông báo này do Welbe Health, LLC (WelbeHealth) trực tiếp hoặc gián tiếp sở hữu, vận hành hoặc quản lý đều tham gia vào Thỏa thuận chăm sóc sức khỏe có tổ chức (Organized Health Care Arrangement), còn gọi là WelbeHealth OHCA. Thông báo này được các thành viên của WelbeHealth OHCA đồng loạt ban hành. Các đơn vị tham gia WelbeHealth OHCA có quyền chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ (protected health information, PHI) với nhau nhằm phục vụ các mục đích điều trị, thanh toán và hoạt động vận hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe chung. Các hoạt động này có thể bao gồm quản lý việc lập hóa đơn và tài chính, trao đổi thông tin sức khỏe, cải thiện chất lượng và quản lý rủi ro. PHI, hay “hồ sơ sức khỏe”, là thông tin về quý vị và sức khỏe của quý vị. WelbeHealth và nhân viên của WelbeHealth phải tuân thủ thông báo này.

Cách thức WelbeHealth có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) của quý vị

Phục vụ việc điều trị

WelbeHealth có thể sử dụng hoặc chia sẻ hồ sơ sức khỏe của quý vị để cung cấp và điều phối hoạt động chăm sóc và các dịch vụ dành cho quý vị. WelbeHealth có thể chia sẻ hồ sơ sức khỏe với các nhân viên chăm sóc khác tham gia vào việc chăm sóc cho quý vị. Ví dụ, WelbeHealth có thể gửi hồ sơ sức khỏe của quý vị cho một bác sĩ khác để giới thiệu quý vị hoặc trong trường hợp quý vị hủy ghi danh.

Phục vụ hoạt động thanh toán

WelbeHealth có thể sử dụng hồ sơ sức khỏe của quý vị cho các dịch vụ thanh toán. Ví dụ, WelbeHealth có thể chia sẻ hồ sơ sức khỏe của quý vị với một công ty bảo hiểm hoặc một cơ quan tiểu bang để xác nhận quý vị có đủ điều kiện hay không hoặc nhằm bảo đảm việc thanh toán diễn ra chính xác.

Phục vụ việc vận hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe

WelbeHealth có thể sử dụng và chia sẻ hồ sơ sức khỏe của quý vị nhằm vận hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Ví dụ về hoạt động vận hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể bao gồm lập kế hoạch kinh doanh, giải quyết khiếu nại, tuân thủ quy định, cải thiện chất lượng, đào tạo hoặc liên hệ với quý vị khi cần thiết. Hoạt động vận hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể bao gồm việc chia sẻ PHI của quý vị với các đơn vị khác (đối tác kinh doanh) cho các mục đích tương tự.

Chia sẻ với người thân, người đại diện và những người khác tham gia vào việc chăm sóc cho quý vị

WelbeHealth có thể chia sẻ hồ sơ sức khỏe của quý vị với những cá nhân mà quý vị đã chỉ định, họ là những người hỗ trợ chăm sóc cho quý vị hoặc những người có quyền đưa ra quyết định thay mặt quý vị. Đôi khi, quý vị có thể yêu cầu WelbeHealth không chia sẻ thông tin với một số người nhất định. Trong một số trường hợp hiếm gặp, WelbeHealth có thể cần phải chia sẻ thông tin của quý vị với người khác khi chưa có sự cho phép của quý vị. Trường hợp này có thể xảy ra do tình huống khẩn cấp hoặc nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị cho rằng điều đó là cần thiết vì lợi ích tốt nhất của quý vị.

Trong trường hợp có yêu cầu hoặc được pháp luật cho phép

WelbeHealth sẽ chia sẻ hồ sơ sức khỏe của quý vị theo yêu cầu của luật tiểu bang hoặc luật liên bang. WelbeHealth có thể chia sẻ hồ sơ sức khỏe của quý vị theo sự cho phép của pháp luật vì các lý do sau:

- Hỗ trợ giải quyết vấn đề về sức khỏe hoặc an toàn công cộng
- Tố cáo hành vi bị nghi ngờ là ngược đãi hoặc hành vi tội phạm khác
- Ngăn chặn mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe và sự an toàn của bất kỳ ai
- Phối hợp với nhân viên giám định tử thi, bác sĩ pháp y và người hộ tang
- Tiến hành nghiên cứu
- Đáp ứng các yêu cầu khác của chính phủ
- Phản hồi lệnh của tòa án, cơ quan hành chính hoặc phản hồi trát triệu tập

Thông tin bổ sung về thông tin sức khỏe của quý vị**Văn bản ủy quyền**

WelbeHealth phải có văn bản cho phép hoặc ủy quyền của quý vị để có thể chia sẻ hoặc sử dụng hồ sơ sức khỏe của quý vị theo cách thức không được mô tả trong thông báo này. Quý vị có thể thay đổi quyết định cho phép của mình bất kỳ lúc nào và điều đó sẽ không ảnh hưởng đến dịch vụ chăm sóc hoặc các dịch vụ khác dành cho quý vị.

Thông tin y tế nhạy cảm

Theo yêu cầu của một số luật tiểu bang và luật liên bang, WelbeHealth áp dụng các biện pháp bảo vệ bổ sung đối với một số loại hồ sơ y tế nhạy cảm, chẳng hạn như:

- Ghi chú trị liệu tâm lý và hồ sơ sức khỏe tâm thần (theo 45 CFR § 164.508(a)(2) và điều § 33.13 của Luật bảo vệ sức khỏe tinh thần New York (NY Mental Hygiene Law))
- Hồ sơ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện (theo điều 42 CFR Phần 2)
- Thông tin liên quan đến HIV/AIDS (theo Điều 27-F của Luật y tế công cộng New York (NY Public Health Law))
- Kết quả xét nghiệm di truyền
- Thông tin về sức khỏe sinh sản hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục

Trách nhiệm của WelbeHealth

WelbeHealth và các thành viên của WelbeHealth OHCA cam kết bảo vệ thông tin riêng tư của quý vị. Theo quy định của pháp luật, WelbeHealth phải:

- Duy trì tính riêng tư và bảo mật của thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị
- Thông báo kịp thời cho quý vị nếu xảy ra hành vi vi phạm có thể làm ảnh hưởng đến hồ sơ sức khỏe, quyền riêng tư hoặc sự bảo mật của quý vị
- Tuân thủ các quy định quyền riêng tư được mô tả trong thông báo này và cung cấp cho quý vị một bản sao, nếu quý vị yêu cầu

WelbeHealth không cho thuê, cho mượn hoặc bán PHI hoặc Thông tin cá nhân của người tham gia (chẳng hạn như số điện thoại) cho các tổ chức khác nhằm mục đích tiếp thị. WelbeHealth tuân thủ tất cả các luật về quyền riêng tư hiện hành của tiểu bang và liên bang.

Thay đổi đối với thông báo này

WelbeHealth có thể cập nhật thông báo này. Mọi nội dung cập nhật sẽ áp dụng đối với thông tin về quý vị mà WelbeHealth đang lưu giữ. Nếu các nội dung cập nhật đó làm thay đổi đáng kể Thông báo này hoặc các quyền của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị. Chúng tôi luôn cung cấp phiên bản mới nhất theo yêu cầu tại các văn phòng của chúng tôi và qua trang trực tuyến tại địa chỉ <https://welbehealth.com/>.

Quyền của quý vị

Quý vị có quyền:

- Xem xét hồ sơ của quý vị trong vòng 10 ngày kể từ khi gửi yêu cầu
- Nhận bản sao hồ sơ sức khỏe và hồ sơ yêu cầu thanh toán của quý vị
- Yêu cầu WelbeHealth đính chính hồ sơ sức khỏe và hồ sơ yêu cầu thanh toán nếu các hồ sơ này không chính xác hoặc không đầy đủ
- Yêu cầu liên lạc theo phương thức bảo mật, chẳng hạn như liên hệ với quý vị qua một số điện thoại hoặc địa chỉ cụ thể
- Yêu cầu WelbeHealth hạn chế những thông tin mà WelbeHealth sử dụng hoặc chia sẻ về quý vị cho mục đích điều trị, thanh toán hoặc vận hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- Nhận danh sách (bản kê khai) các lần tiết lộ PHI của quý vị
- Nhận bản sao của Thông báo về quy định quyền riêng tư này
- Chỉ định một người đại diện cho quý vị nếu quý vị đã cấp giấy ủy quyền y tế hoặc văn bản ủy quyền cho họ
- Nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cho rằng quyền riêng tư của mình đã bị vi phạm

Yêu cầu nhận hồ sơ y tế

Để yêu cầu nhận bản sao hồ sơ của quý vị, yêu cầu đính chính hồ sơ của quý vị, yêu cầu hạn chế tiết lộ hồ sơ của quý vị, yêu cầu bản kê khai các lần tiết lộ hoặc yêu cầu liên lạc theo phương thức bảo mật, quý vị phải gửi yêu cầu bằng văn bản đến:

WelbeHealth
Attn: Medical Records
8399 Garvey Avenue
Rosemead, CA 91770



Thông tin bổ sung và khiếu nại

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về Thông báo này hoặc cần thêm thông tin về quyền riêng tư của mình, vui lòng liên hệ với WelbeHealth theo số (888) 530-4415. Đối với người khiếm thính, vui lòng sử dụng TTY 711.

Nếu quý vị có khiếu nại về quyền riêng tư của mình hoặc về cách thức WelbeHealth sử dụng thông tin của quý vị, quý vị có thể gọi đến số điện thoại nêu trên hoặc gửi khiếu nại bằng văn bản đến:

WelbeHealth
Attn: Privacy Officer
8399 Garvey Avenue
Rosemead, CA 91770

Quý vị cũng có thể gửi khiếu nại đến:

Privacy Officer
California Department of Health Care Services
PO Box 997413
MS 0010
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 445-4646 (Điện thoại)
(877) 735-2929 (TTY/TDD)

HOẶC

NJ Department of Health
Division of Health Facility Survey and Field Operations
PO Box 367
Trenton, NJ 08625
(609) 633-8980

HOẶC

New York State Department of Health
Office of Professional Medical Conduct
Riverview Center
150 Broadway Suite 355
Albany, New York 12204-2719
(800) 663-6114

HOẶC

Office for Civil Rights Centralized Case Management Operations
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Ngày có hiệu lực và phạm vi áp dụng

Thông báo về quy định quyền riêng tư này có hiệu lực kể từ ngày 1 tháng 5 năm 2026 và áp dụng với tất cả thông tin sức khỏe được các thành viên của WelbeHealth OHCA lưu giữ hoặc chia sẻ.

Thông báo về việc không phân biệt đối xử

WelbeHealth tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Tiểu bang và Liên bang, đồng thời không phân biệt đối xử trái pháp luật, không loại trừ hoặc đối xử khác biệt với bất kỳ ai vì giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhóm sắc tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật về tâm thần, tình trạng khuyết tật về thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc khuynh hướng tính dục. Để xem toàn văn Thông báo về việc không phân biệt đối xử của WelbeHealth, vui lòng truy cập <https://welbehealth.com/>.

Xác nhận đã nhận — Thông báo về quy định quyền riêng tư

Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao Thông báo về quy định quyền riêng tư của WelbeHealth. Tôi hiểu rằng thông báo này mô tả cách thức WelbeHealth có thể sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi cũng như giải thích quyền riêng tư của tôi. Tôi hiểu rằng bản sao của Thông báo về quy định quyền riêng tư hiện hành luôn được cung cấp tại bất kỳ địa điểm nào của WelbeHealth và tại welbehealth.com hoặc bằng cách gọi đến số (888) 530-4415.

NGƯỜI THAM GIA

Chữ ký	Ngày
--------	------

Tên viết in hoa	Ngày sinh
-----------------	-----------

NGƯỜI ĐẠI DIỆN CÁ NHÂN

(Nếu quý vị ký thay mặt cho người tham gia, vui lòng hoàn thành các thông tin sau)

Chữ ký của người đại diện	Ngày
---------------------------	------

Tên viết in hoa	Mối quan hệ với người tham gia
-----------------	--------------------------------

Hình thức ủy quyền (ví dụ: Giấy ủy quyền, Người giám hộ hợp pháp)

FOR STAFF USE ONLY – If participant or representative declined to sign:

- ☐ Participant was offered the Notice of Privacy Practices but declined to sign.
- ☐ Notice was mailed to participant's address of record.
- ☐ Participant was unable to sign due to:

Staff Name (printed)	Date
----------------------	------

Retain this signed acknowledgment in the participant's record for a minimum of six (6) years per 45 CFR § 164.530(j). A good faith effort to obtain acknowledgment is required under 45 CFR § 164.520(c)(2)(ii).