



THE OHIO STATE UNIVERSITY

WEXNER MEDICAL CENTER

गोपनीयता अभ्यासहरूको
संयुक्त
सूचना

प्रभावकारी मिति: डिसेम्बर 01, 2016

गोपनीयता अभ्यासहरूको संयुक्त सूचना

तपाईंको जानकारी।
तपाईंका अधिकारहरू।
हाम्रो जिम्मेवारीहरू।

यो सूचनाले तपाईंका चिकित्सा जानकारी कसरी प्रयोग हुन र खुलासा गर्न सकिनेछ र तपाईंले ती जानकारीमा कसरी पहुँच प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ भन्ने बारेमा व्याख्या गर्छ। कृपया यसको ध्यानपूर्वक समीक्षा गर्नुहोस्।

तपाईंका अधिकारहरू

तपाईंसँग निम्न कुराहरूको अधिकार हुन्छ:

- तपाईंको चिकित्सा अभिलेखको विद्युतीय वा कागजी प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने
- आफ्नो चिकित्सा अभिलेख संशोधन गर्न हामीलाई अनुरोध गर्ने
- गोपनीय कुराकानीको अनुरोध गर्ने जसकारण हामीले तपाईंको गोपनीयतालाई सुरक्षा गर्न निश्चित तरिकाबाट सम्पर्क गर्न सक्छौं
- हामीले तपाईंको कस्तो प्रकारको स्वास्थ्य जानकारीलाई प्रयोग वा खुलासा गर्न सक्छौं भनी सीमित गर्न हामीलाई अनुरोध गर्ने
- हामीले तपाईंको जानकारी साझा गरेका पक्षहरूको सूची प्राप्त गर्ने
- यस गोपनीयता सूचनाको प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने
- तपाईंको लागि कार्य गर्ने कुनै पनि व्यक्ति छनोट गर्ने
- तपाईंले आफ्नो गोपनीयता अधिकारहरू हनन् भएको ठान्नुहुन्छ भने उजुरी दायर गर्ने

➤ यी अधिकारहरूको बारेमा थप जानकारी र तिनीहरूलाई कसरी प्रयोग गर्ने भन्ने बारेमा **पृष्ठ 3 र 4 हेर्नुहोस्**

तपाईंका रोजाइहरू

तपाईंले निम्नलिखित अवस्थाहरूमा आफ्ना स्वास्थ्य जानकारीलाई हामीले प्रयोग गर्न र खुलासा गर्नमा सीमित गर्न छनोट गर्न सक्नुहुन्छ:

- तपाईंको अवस्थाको बारेमा हामीले परिवार र साथीहरूलाई कसरी बताउने
- प्रकोप राहत उपलब्ध गराउने
- अस्पतालको डाइरेक्टरीमा तपाईं सहित जहाँ हामीले तपाईंको नाम बिरामीको रूपमा सूचीबद्ध गर्छौं
- मानसिक स्वास्थ्य स्याहार उपलब्ध गराउने
- तपाईंको लिखित अनुमति लिएर हाम्रा सेवाहरूको बजारीकरण गर्ने र तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीलाई बिक्री गर्ने
- अनुदान सञ्चयन गर्ने

➤ यी रोजाइहरू बारेमा थप जानकारी र तिनीहरूलाई कसरी प्रयोग गर्ने भन्ने बारेमा **पृष्ठ 4 हेर्नुहोस्**

हाम्रा प्रयोग र खुलासाहरू

हामीले निम्न कार्य गर्दा वा अवस्थामा तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीलाई प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं:

- तपाईंलाई उपचार गर्दा
- हाम्रो संगठन चलाउन
- तपाईंका सेवाहरूको बिल बनाउन
- जनस्वास्थ्य र सुरक्षा सुद्दाहरूमा मद्दत गर्ने
- अनुसन्धान गर्न
- कानूनहरूको पालना गर्न
- अंग तथा तन्तु दान अनुरोधहरूको प्रतिक्रिया जनाउन
- चिकित्सा परीक्षक वा दाहसंस्कार निर्देशकसँग कार्य गर्दा
- कामदारहरूको क्षतिपूर्ति, कानून प्रवर्तन र अन्य सरकारी अनुरोधहरूलाई सम्बोधन गर्दा
- अभियोग र कानूनी कार्यहरूमा प्रतिक्रिया जनाउन

➤ यी प्रयोग र खुलासाहरूको बारेमा थप जानकारी र तिनीहरूलाई कसरी प्रयोग गर्ने भन्ने बारेमा **पृष्ठ 4 र 5 हेर्नुहोस्**

तपाईंका अधिकारहरू

तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी आउँदा, तपाईंसँग निश्चित अधिकारहरू हुन्छन्।

यस खण्डले तपाईंलाई मद्दतका लागि तपाईंको अधिकार र केही हाम्रो जिम्मेवारीहरूको व्याख्या गर्दछ।

तपाईंको चिकित्सा अभिलेखको विद्युतीय वा कागजी प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने

- तपाईंले आफ्नो चिकित्सा अभिलेख तथा तपाईंको बारेमा हामीसँग रहेका अन्य स्वास्थ्य जानकारीको विद्युतीय वा कागजी प्रतिलिपि हेर्ने अनुरोध गर्न वा प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ।
- हामीले सामान्यतया तपाईंको अनुरोधको 30 दिनभित्र तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको प्रतिलिपि वा सारांश उपलब्ध गराउनेछौं। हामीले प्रतिलिपिको लागतमा आधारित शुल्क लगाउन सक्नेछौं।
- तपाईंले Authorization for Release of Medical भरेर यसलाई Medical Information Management, Attention Release of Information, N113 Doan Hall, 410 W. 10th Ave., Columbus, OH 43210 मा वा आफूले उपचार प्राप्त गरेको क्लिनिक वा कार्यालय व्यवस्थापककोमा पत्राचार गरी आफ्नो चिकित्सा जानकारीको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।

आफ्नो चिकित्सा अभिलेख संशोधन गर्न हामीलाई अनुरोध गर्ने

- तपाईंले आफूलाई गलत वा अपूर्ण लागेका आफ्ना जानकारी संशोधन हामीलाई अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।
- हामीले तपाईंको अनुरोधलाई "हुँदैन" भन्न सक्छौं तर हामीले तपाईंलाई त्यसको कारण 60 दिनभित्र लिखित रूपमा बताउनेछौं।
- तपाईंले Request for Amendment to Medical Record फाराम भरेर यसलाई Administrative Director of Medical Information Management, 600 Ackerman Road, Room E2098, Columbus, OH 43202 मा पत्राचार गरी संशोधनको अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।

गोपनीय सञ्चारको अनुरोध

- तपाईंले हामीलाई विशिष्ट तरिका (घर वा कार्यालय फोन) बाट तपाईंलाई सम्पर्क गर्न वा भिन्न ठेगानामा पत्राचार गर्न अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।
- हामी सबै उपयुक्त अनुरोधहरूलाई "हुन्छ" भन्नेछौं।
- तपाईंले गोपनीय सञ्चारहरूको अनुरोध गर्नुहुन्छ भने तपाईंले Request for Confidential Communications फाराम भरेर यसलाई Administrative Director of Medical Information Management, 600 Ackerman Road, Room E2098, Columbus, OH 43202. मा पत्राचार गर्नुपर्छ।

इमेलमा विशेष सूचना

- Health System ले विरामीहरूले आफूसँग कुराकानी गर्न इमेललाई प्राथमिकतामा राख्न सक्नुहुन्छ भनी पहिचान गर्छ।
- कृपया सचेत हुनुहोस् कि इमेलबाट पठाइएको जानकारी सुरक्षित नहुन सक्छ। तपाईंको बारेको जानकारी बीचबाटोमै अवरोध हुने र अन्य मानिसहरूले पढ्न सक्ने हुनसक्छ। तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी समावेश भएको तपाईंको स्वास्थ्य स्याहारको बारेमा सञ्चार गर्न तपाईंलाई असुरक्षित इमेलको प्रयोग गर्नुअघि हामीले तपाईंको अनुमतिको अनुरोध गर्नेछौं।
- तपाईंले हामीलाई आफ्नो इमेल ठेगाना दिनुहुन्छ भने, हामीले तपाईंलाई हाम्रा उत्पादन र सेवाहरू, स्वस्थकर जीवनका सुझावहरूको बारेमा वा हामीले नयाँ स्थानमा खुला गर्दा जानकारी इमेल गर्नेछौं।
- विरामीहरूले पनि आफ्नो स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूको बारेमा इमेल गर्न सक्छन् वा सक्दैनन् भनी हामीलाई सोध्नुहुन्छ इमेलबाट गरिने सञ्चारहरू असुरक्षित हुनेहुँदा स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूसँग सुरक्षित रूपमा सञ्चार गर्न विरामीहरूलाई सम्भव हुँदासम्म OSUMyChart प्रयोग गर्नु भन्ने हामी चाहन्छौं।

हामीले के प्रयोग गर्छौं वा साझा गर्छौं भन्ने कुरा सीमित गर्न हामीलाई अनुरोध गर्ने

- तपाईंले उपचार, भुक्तानी वा हाम्रो सञ्चालनका निश्चित स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग वा खुलासा नगर्ने हामीलाई अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। हामीलाई तपाईंको अनुरोधसँग सहमत हुन आवश्यक पर्दैन र यसले तपाईंको स्याहारमा प्रभाव पार्छ भने हामीले "हुँदैन" भन्न सक्छौं।
- तपाईंले सेवा वा स्वास्थ्य स्याहार वस्तुका लागि पूर्ण तरिकाले व्यक्तिगत रूपमा भुक्तान गर्नुहुन्छ भने हामीलाई तपाईंको स्वास्थ्य बीमकसँका उक्त जानकारी साझा नगर्ने अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। कानूले हामीलाई उक्त जानकारी खुलासा गर्न आवश्यक नगराउँदासम्म हामीले "हुन्छ" भन्नेछौं।
- तपाईंले Request for Restriction of Access to Protected Health Information फाराम भरेर यसलाई Administrative Director of Medical Information Management, 600 Ackerman Road, Room E2098, Columbus, OH 43202. मा पत्राचार गरी प्रतिबन्धहरूको अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।

हामीले तपाईंको जानकारी खुलासा गरेका पक्षहरूको सूची प्राप्त गर्ने

- तपाईंले अनुरोध गर्नुभएको मिति भन्दा छ वर्ष अगाडिदेखि हामीले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी कतिपटक, क-कसलाई र किन साझा साझा गरेका छौं भन्ने कुराको सूचीको अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।
- हामीले उपचार, भुक्तानी तथा स्वास्थ्य स्याहार सञ्चालनहरू तथा अन्य निश्चित खुलासाहरू जस्तै तपाईंले हामीलाई गर्न पठाउनुभएका कुनै खुलासा बाहेकका सबै खुलासाहरूको पटक समावेश गर्नेछौं। हामीले वर्षमा एउटा सूची निःशुल्क उपलब्ध गराउनेछौं। यद्यपि, तपाईंले 12 महिना भित्रमै अर्को माग्नुभयो भने हामीले लागतमा आधारित शुल्क लगाउनेछौं।

यस गोपनीयता नीतिको प्रतिलिपि प्राप्त गर्ने

तपाईंको लागि कार्य गर्ने कुनै पनि व्यक्ति छनोट गर्ने

- तपाईंले Request for an Accounting of Disclosures फाराम भरेर यसलाई Administrative Director of Medical Information Management, 600 Ackerman Road, Room E2098, Columbus, OH 43202 मा पत्राचार गरी खुलासा गरिएका स्वास्थ्य जानकारीको सूची अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।
- तपाईं सूचनालाई विद्युतीय माध्यमबाट प्राप्त गर्न सहमत भएतापनि तपाईंले कुनै पनि समयमा यसको कागजी प्रतिलिपिको अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। हामीले तपाईंलाई कागजी प्रतिलिपि उपलब्ध गराउनेछौं।
- तपाईंले कोही व्यक्तिलाई चिकित्सा मुख्तियारी अधिकार दिनुभएको छ वा कोही व्यक्ति तपाईंको कानूनी अभिभावक हुनुहुन्छ भने उक्त व्यक्तिले तपाईंको अधिकारहरूको प्रयोग गर्न र तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीका बारेमा रोजाइहरू बनाउन सक्नुहुन्छ।
- हामी सुनिश्चित गर्नेछौं कि व्यक्तिसँग यो अधिकार छ र हामीले कुनै पनि कदम चाल्नुअघि उहाँले तपाईंको लागि कार्य गर्न सक्नुहुन्छ।

तपाईंका रोजाइहरू

केही स्वास्थ्य जानकारीको लागि, तपाईंले हामीले के खुलासा गर्छौं भनेर हामीलाई तपाईंको छनोट बताउन सक्नुहुन्छ। तपाईंसँग हामीले तल उल्लेख गरिएको अवस्थामा तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी खुलासा कसरी गर्छौं भन्ने एउटा स्पष्ट प्राथमिकता छ भने, हामीसँग कुरा गर्नुहोस्। तपाईंले हामीबाट के गराउन चाहनुहुन्छ हामीलाई बताउनुहोस् र हामीले तपाईंका निर्देशनहरू पालना गर्नेछौं।

यी अवस्थाहरूमा, तपाईंसँग हामीलाई निम्न कुरा बताउने अधिकार र विकल्प दुवै छ:

- तपाईंको स्याहारमा संलग्न तपाईंको परिवार, घनिष्ठ मित्र वा अरूसँग जानकारी खुलासा गर्न
- प्रकोप राहतको अवस्थामा स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गर्न
- तपाईं अस्पतालमा बिरामी हुनुहुन्छ भने आफ्नो स्वास्थ्य जानकारीलाई अस्पताल डाइरेक्टरीमा समावेश गर्न

तपाईं हामीलाई आफ्नो प्राथमिकता बताउन सक्षम हुनुहुन्छ, उदाहरणका लागि तपाईं बेहोस हुनुहुन्छ भने, हामी अगाडि बढ्न सक्छौं र हामीले यो तपाईंको हितमा छ भन्ने ठान्यौं भने, तपाईंको जानकारी खुलासा गर्न सक्छौं। स्वास्थ्य वा सुरक्षाको गम्भीर र निकट खतरा कम गर्न आवश्यक परेमा पनि हामीले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीलाई खुलासा गर्न सक्छौं।

निम्नलिखित अवस्थाहरूमा तपाईंले हामीलाई लिखित सहमति नदिँदासम्म हामी तपाईंको जानकारी कहिल्यै खुलासा गर्नेछैनौं:

- HIPAA नियमनहरूमा व्याख्या गरिए अनुसार बजारीकरण प्रयोजनहरू लागि
- तपाईंको जानकारी अन्यलाई बिक्री गर्न
- मनोचिकित्सा नोटहरूको अत्याधिक साझेदारी

अनुदान संचयनको अवस्थामा:

- हामीले अनुदान संचयन क्रियाकलापहरूको लागि तपाईंलाई सम्पर्क गर्न सक्छौं। यद्यपि, तपाईंलाई यी सम्पर्कहरूलाई रोक मोक दिइनेछ।

हाम्रा प्रयोग र खुलासाहरू

हामीले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीलाई सामान्यतया कसरी प्रयोग वा खुलासा गर्छौं?

हामीले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीलाई सामान्यतया निम्न तरिकाहरूबाट प्रयोग वा खुलासा गर्छौं।

तपाईंको उपचार गर्न

- हामीले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीलाई तपाईंको उपचार गरिरहेका पेशेवरहरूसँग प्रयोग गर्न र खुलासा गर्न सक्छौं।

उदाहरण: चोटपटकको लागि तपाईंको उपचार गर्ने चिकित्सकले अर्को चिकित्सकलाई तपाईंको समग्र स्वास्थ्य अवस्थाको बारेमा अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।

हाम्रो संगठन चलाउन

- हामीले हाम्रो स्वास्थ्य प्रणाली सञ्चालन गर्न, तपाईंको स्याहारमा सुधार गर्न र आवश्यक परेको बेला तपाईंलाई सम्पर्क गर्नका लागि तपाईंको जानकारी प्रयोग तथा खुलासा गर्न सक्छौं।

उदाहरण: हामीले तपाईंको उपचार तथा सेवाहरूलाई व्यवस्थित गर्नको लागि तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग गर्छौं।

तपाईंका सेवाहरूको बिल बनाउन

- हामीले तपाईंको जानकारीलाई बिल बनाउन तथा स्वास्थ्य योजना वा अन्य संस्थाहरूबाट भुक्तानी प्राप्त गर्नका लागि प्रयोग तथा खुलासा गर्न सक्छौं।

उदाहरण: हामीले तपाईं बारेको जानकारी तपाईंको स्वास्थ्य योजनालाई प्रदान गर्न सक्छौं जसकारण यसले तपाईंको सेवाहरूमा भुक्तान गर्नेछ।

हामी अरू कसरी तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग वा खुलासा गर्न सकेछौं? हामीलाई सार्वजनिक स्वास्थ्य, अनुसन्धान र कानूनले अनुमति दिएको जस्ता अन्य कारणहरूमा तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीलाई खुलासा गर्न अनुमति दिइएको छ वा खुलासा गर्न आवश्यक हुनेछ। थप जानकारीको लागि, यसमा हेर्नुहोस्: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

जनस्वास्थ्य र सुरक्षा मुद्दाहरूमा मद्दत गर्ने

- हामीले तल दिएका जस्ता केही निश्चित अवस्थाहरूमा तपाईं बारेका स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गर्न सकेछौं:
 - रोगको रोकथाम गर्न
 - उत्पादन फिर्ता गर्नमा मद्दत गर्न
 - औषधिहरूको विपरित प्रतिक्रियाहरूबारे रिपोर्ट गर्न
 - शंकास्पद दुरुपयोग, बेवास्ता वा घरेलू हिंसाको रिपोर्ट गर्न
 - कसैको स्वास्थ्य वा सुरक्षाको गम्भीर खतरा रोकथाम वा कम गर्न

अनुसन्धान

- हामीले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीलाई अनुसन्धानको लागि प्रयोग गर्न सकेछौं। हामीले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीलाई तपाईंलाई पहिचान गर्न सकिने तरिकाबाट अनुसन्धान उद्देश्यहरूका लागि प्रयोग वा खुलासा गर्नुअघि, अनुसन्धान परियोजना गहन समीक्षा र स्वीकृतिको प्रक्रियामा जानेछ।

कानूनको अनुपालन

- यदि राज्य वा संघीय कानूनहरूलाई यसको आवश्यकता परेमा, हामी तपाईंको बारेमा जानकारी खुलासा गर्न सकेछौं।

अंग तथा तन्तु दान अनुरोधहरूको प्रतिक्रिया जनाउने चिकित्सा परीक्षक वा दाहसंस्कार निर्देशकसँग कार्य गर्न

- कानून अनुसार, हामी अंग प्राप्ति सँगठनसँग तपाईं बारे स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गर्न सकेछौं।
- कानून अनुसार, व्यक्तिको मृत्यु भएपछि हामीले कोरोनर, चिकित्सा परीक्षक वा दाहसंस्कार निर्देशकसँग स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गर्न सकेछौं।

सम्बोधन गरिएका कामदारहरूको क्षतिपूर्ति, कानून प्रवर्तन र अन्य सरकारी अनुरोधहरू

- कानून अनुसार, हामीले तपाईं बारेका स्वास्थ्य जानकारी निम्न कार्यका लागि वा प्रयोग वा खुलासा गर्न सकेछौं:
 - कामदारहरूको क्षतिपूर्ति दावी गर्न
 - कानून प्रवर्तन उद्देश्यहरूका लागि वा कानून प्रवर्तन आधिकारीसँग
 - स्वास्थ्य निरीक्षण निकायहरूलाई
 - सैन्य, राष्ट्रिय सुरक्षा र राष्ट्रपति सुरक्षात्मक सेवाहरू जस्ता विशेष सरकारी कार्यहरूको लागि

अभियोग र कानूनी कार्यहरूमा प्रतिक्रिया जनाउने

- हामीले अदालत वा प्रशासनिक आदेशको प्रतिक्रियामा तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गर्न सकेछौं। संघीय र ओहायोका निश्चित कानूनहरू अन्तर्गत, कुनै पनि स्वास्थ्य जानकारीलाई खुलासा गर्नको लागि सुनुवाई र अदालतको आदेश आवश्यक पर्न सकेछ।

स्वास्थ्य जानकारीको आदान-प्रदान गर्ने

- हामी एक वा सोभन्दा बढी स्वास्थ्य जानकारी विनिमयहरू (HIEs)मा भाग लिन सकेछौं र HIEs का अन्य स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूलाई उपचार कार्य, भुक्तानी र स्वास्थ्य स्याहार सञ्चालनहरू प्रयोजनहरूको लागि तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गर्न सकेछौं। HIEs ले तपाईंका सबै स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूलाई उपचार र अन्य कानूनी प्रयोजनहरूको लागि तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीमा पहुँच गर्न अनुमति दिन्छन्। राज्य कानून र HIE मा आधारित भइ, तपाईंलाई "अप्ट-इन" वा "अप्ट-आउट" गर्न सोधिन सकिनेछ।

हाम्रा जिम्मेवारीहरू

- हामीलाई कानूनले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको गोपनीयता तथा सुरक्षालाई कायम राख्न आवश्यक ठहर्नुपर्छ।
- तपाईंको जानकारीको गोपनीयता वा सुरक्षा लाई जोखिममा पार्न सक्ने खालको कुनै उल्लङ्घन हुन्छ भने हामी तपाईंलाई थाहा दिनेछौं।
- हामीले यो सूचना वा प्रस्तावमा वर्णन गरिएका कर्तव्य र गोपनीयता अभ्यासहरू पालन गर्नुपर्छ र तपाईंलाई त्यसको प्रतिलिपि प्रदान गर्नुपर्छ।
- तपाईंले हामीलाई लिखित रूपमा अनुमति नदिँदासम्म यहाँ वर्णन गरिएभन्दा अन्य तरिकाले हामीले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीलाई प्रयोग वा खुलासा गर्नेछैनौं। तपाईंले हामीलाई अनुमति दिनुहुन्छ भने, तपाईंले कुनै पनि समय विचार परिवर्तन गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले आफ्नो विचार परिवर्तन गर्नुभयो भने, हामीलाई लिखित रूपमा थाहा दिनुहोस्।

यस सूचनाका सर्त परिवर्तनहरू

हामीले यस सूचनाका सर्तहरूलाई परिवर्तन गर्न सक्छौं र परिवर्तनहरू तपाईंको बारेमा हामीसँग भएका सबै जानकारीमा लागू हुन्छन्। अनुरोध गरेमा नयाँ सूचना हाम्रो कार्यालय तथा वेब साइटमा उपलब्ध हुनेछ।

सूचनाका अन्य निर्देशनहरू

- **प्रभावकारी मिति:** यस सूचनापको वास्तविक प्रभावकारी मिति डिसेम्बर 01, 2016 हो।
- **यो सूचना निम्न कुराहरूमा लागू हुन्छ:**
 - Brain and Spine Hospital;
 - Dodd Hall;
 - OSU Harding Hospital;
 - Talbot Hall;
 - University Hospital;
 - Richard M. Ross Heart Hospital;
 - University Hospital East;
 - The James Cancer Hospital and Solove Research Institute;
 - Primary Care & Specialty Care Networks;
 - Organized Health Care Arrangement अन्तर्गत The Ohio State University Physicians, Inc.; र
 - Organized Health Care Arrangement अन्तर्गत The Nisonger Center।
- **सम्बद्ध समेटिएका निकाय:** हामीले हाम्रो Madison Health सँगको सम्बद्धताका आधारमा उपचार गर्न, भुक्तानी गर्न स्वास्थ्य स्याहार सञ्चालनहरू गर्नका लागि Madison Health लाई आवश्यकता अनुसार स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गर्छौं। Madison Health छुट्टै स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक हो र यो आफ्नो गोपनीयता अभ्यासहरू सम्बन्धी सूचना र आफूले उपलब्ध गराउने स्वास्थ्य स्याहार सेवाहरूको गोपनीयता अभ्यासहरूको पालना गर्ने सहितका आफ्ना क्रियाकलापहरूमा जिम्मेवार हुन्छ। Madison Health कुनै पनि तरिकाबाट आपसमा वा Health System को तर्फबाट स्वास्थ्य स्याहार सेवाहरूका उपलब्ध गराउने होइन।
- **हाम्रो संस्थाहरूको सूचीको अपडेटहरू:** हामीले हाम्रो सूचीमा समयसमयमा संस्था र सम्बद्धहरू थप्न सक्छौं। तपाईंले यो सूचनाले समेट्ने सबैभन्दा पछिल्लो अपडेट गरिएका निकायहरूको सूची हाम्रो यस वेबसाइटमा फेला पार्न सक्नुहुन्छ: <http://wexnermedical.osu.edu/privacy>.
- **OSUMyChart:** तपाईं आफ्नो स्वास्थ्य जानकारीमा OSUMyChart मार्फत पहुँच गर्न सक्नुहुनेछ। OSUMyChart भनेको हेल्थ सिस्टमद्वारा सञ्चालित अनलाइन सेवा हो जसले तपाईंलाई आफ्नो स्वास्थ्य जानकारीमा पहुँच गर्न अर्को विकल्प अनुमति दिन्छ।
- **गोपनीयता अधिकारीहरू:** तपाईंसँग गोपनीयता बारेमा प्रश्नहरू छन् भने, कृपया यसमा सम्पर्क गर्नुहोस्:
 - Health System Privacy Office: (614) 293-4477
 - Ohio State University Physicians, Inc. Privacy Office: (614) 685-1530
 - Nisonger Center Privacy Office: (614) 688-8544

तपाईंले आफ्नो गोपनीयता अधिकारहरू हनन् भएको ठान्नुहुन्छ भने उजुरी दायर गर्ने

- तपाईंलाई हामीले तपाईंका अधिकार हनन गरेको जस्तो लागेमा, हामीलाई सम्पर्क गरी उजुरी गर्न सक्नुहुनेछ। कुनै पनि उजुरीहरू आफूले स्याहार प्राप्त गरिरहेको विरामी अनुभव विभागमा लिखित रूपमा वा फोन गरेर दिन सकिनेछ:

युनिभर्सिटी हस्पिटल र नेटवर्कहरू:

410 W. 10th Avenue, Room 142 Doan Hall, Columbus, OH 43210 वा (614) 293-8944

The Arthur G. James Cancer Hospital and Richard J. Solove Research Institute:

460 W. 10th Avenue, Room A021, Columbus, OH 43210 वा (614) 293-8609

The Ohio State University Hospital East:

181 Taylor Avenue, Room T-100, Columbus, OH 43205 वा (614) 257-2310

OSU Harding Hospital:

1670 Upham Drive, Columbus, OH 43210 वा (614) 688-8941

Ohio State University Physicians, Inc.:

ध्यान दिनुहोस्: Privacy Officer, 700 Ackerman, Suite 605, Columbus, OH 43202 वा (614) 685-1530

- तपाईंले U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights मा 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 मा पत्र पठाएर, 1-877-696-6775 मा फोन गरेर वा www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint मा गएर उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ।
- हामी उजुरी दायर गरेको कारण तपाईं विरुद्ध कारवाही गर्नेछैनौं।