

## गोपनीयता प्रथाओं की संयुक्त सूचना

यह सूचना बताती है कि आपके बारे में चिकित्सा जानकारी का उपयोग और प्रकटीकरण किस प्रकार किया जा सकता है तथा आप इस जानकारी तक किस प्रकार पहुँच प्राप्त कर सकते हैं—कृपया इसे ध्यानपूर्वक पढ़ें।

यह सूचना BJC Health से संबद्ध अस्पतालों, सुविधाओं और प्रदाताओं तथा Washington University School of Medicine (सामूहिक रूप से यहाँ “हम”, “हमारा” या “हमें” के रूप में संदर्भित) के लिए स्वास्थ्य जानकारी से संबंधित हमारी गोपनीयता प्रथाओं की संयुक्त सूचना के रूप में कार्य करती है। हमने एक या अधिक संगठित स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्थाएँ स्थापित की हैं। हमारी सभी सुविधाएँ इन संगठित स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्थाओं में से प्रत्येक में भाग नहीं लेती हैं। विशेष रूप से, BJC Health से संबद्ध सभी अस्पताल और प्रदाता एक संगठित स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था में एक साथ भाग लेते हैं; दूसरी संगठित स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था में BJC Health से संबद्ध अस्पतालों और प्रदाताओं का एक उपसमूह Washington University School of Medicine के साथ भाग लेता है। इसका अर्थ है कि आपकी स्वास्थ्य जानकारी इन व्यवस्थाओं में से प्रत्येक में प्रतिभागियों के बीच साझा की जा सकती है, ताकि वे एकीकृत स्वास्थ्य प्रणालियों के रूप में अपने संयुक्त संचालन से संबंधित उद्देश्यों के लिए कार्य कर सकें, जिसमें उपचार की व्यवस्था करना, भुगतान से संबंधित उद्देश्य, तथा स्वास्थ्य देखभाल संचालन का व्यापक दायरा शामिल है, जिसमें संयुक्त उपयोगिता समीक्षा, प्रमाणन, शिक्षा, जोखिम प्रबंधन, रोगी सुरक्षा, गुणवत्ता मूल्यांकन तथा सुधार गतिविधियाँ शामिल हो सकती हैं। अतिरिक्त जानकारी BJC Health की संगठित स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्थाओं से संबंधित नीतियों में उपलब्ध है, जिन्हें [BJC.org/patients-visitors/our-policies](http://BJC.org/patients-visitors/our-policies) पर देखा जा सकता है।

जब हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी को एक-दूसरे के साथ या अन्य तृतीय पक्षों के साथ साझा या प्रकट करते हैं, तब हम इस सूचना में उल्लिखित शर्तों का पालन करेंगे। चूँकि हम स्वास्थ्य जानकारी का रखरखाव अलग-अलग रूप से करते हैं, इसलिए हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी से संबंधित आपके प्रश्नों, अनुरोधों और शिकायतों का उत्तर भी अलग-अलग रूप से देंगे।

### आपकी स्वास्थ्य जानकारी के संबंध में हमारे दायित्व

कानून के अनुसार हमें आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी की गोपनीयता की रक्षा करना, आपको इन कानूनी दायित्वों की सूचना प्रदान करना, और असुरक्षित संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी के उल्लंघन की स्थिति में आपको सूचित करना आवश्यक है। यह सूचना बताती है कि हम सामान्यतः स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग और प्रकटीकरण कैसे, कब और क्यों करते हैं, तथा आपकी स्वास्थ्य जानकारी से संबंधित आपके गोपनीयता अधिकार क्या हैं। हमारी सूचना में, हम स्वास्थ्य जानकारी के हमारे उपयोग और प्रकटीकरण को हमारी “गोपनीयता प्रथाएँ” कहते हैं। संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी में सामान्यतः वह जानकारी शामिल होती है जिसे हम बनाते हैं या प्राप्त करते हैं और जो आपकी पहचान करती है तथा आपके अतीत, वर्तमान या भविष्य के स्वास्थ्य की स्थिति या देखभाल, या उस स्वास्थ्य देखभाल के प्रावधान अथवा उसके भुगतान से संबंधित होती है। हम नीचे उल्लिखित प्रभावी तिथि से इन गोपनीयता प्रथाओं का पालन करने के लिए बाध्य हैं।

### इस सूचना का पालन कौन करेगा

हमारी यह सूचना एक संयुक्त सूचना के रूप में कार्य करती है, और हम इस सूचना में वर्णित शर्तों का पालन करेंगे। यह सूचना BJC Health तथा उसकी पूर्ण स्वामित्व वाली सहायक कंपनियों और संबद्ध सुविधाओं एवं कर्मियों (“BJC संबद्ध स्थल”) की गोपनीयता प्रथाओं का वर्णन करती है, जिनकी सूची [BJC.org/patients-visitors/patient-privacy](http://BJC.org/patients-visitors/patient-privacy) पर उपलब्ध है, तथा Washington University School of Medicine और उसकी पूर्ण स्वामित्व वाली सहायक कंपनियों एवं संबद्ध सुविधाओं और कर्मियों की गोपनीयता प्रथाओं का भी वर्णन करती है। “कर्मियों” में इस सूचना के दायरे में आने वाली किसी भी संस्था और सुविधाओं के स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर, कर्मचारी तथा स्वयंसेवक शामिल हैं।

### इस सूचना में परिवर्तन

हम अपनी गोपनीयता प्रथाओं तथा इस सूचना की शर्तों में परिवर्तन करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। यदि हम इस सूचना में महत्वपूर्ण परिवर्तन करते हैं, तो हम संशोधित सूचना आपको आपके अनुरोध पर उपलब्ध कराकर तथा इसे हमारे सेवा स्थलों पर प्रदर्शित करके प्रदान करेंगे। हम संशोधित सूचना को अपनी वेबसाइटों पर भी प्रदर्शित करेंगे। हमारी गोपनीयता प्रथाओं में किए गए किसी भी परिवर्तन का प्रभाव उस सभी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी पर पड़ेगा जिसे हम रखते हैं।

## हम आपकी लिखित सहमति या प्राधिकार के बिना आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग और प्रकटीकरण कैसे कर सकते हैं

### उपचार, भुगतान और स्वास्थ्य देखभाल संचालन के लिए

• **आपके उपचार के लिए** हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग और/या प्रकटीकरण उन स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं और अन्य कर्मियों के साथ कर सकते हैं जो आपकी देखभाल में शामिल हैं और आपको चिकित्सा उपचार या सेवाएँ प्रदान करेंगे। उदाहरण के लिए, यदि आपकी सर्जरी हुई है या आपने हाल ही में बच्चे को जन्म दिया है, तो हम घर पर सेवाएँ प्रदान करने की व्यवस्था करने या अस्पताल से छुट्टी मिलने के बाद आपके स्वास्थ्य लाभ की जाँच करने के लिए किसी होम हेल्थ केयर एजेंसी से संपर्क कर सकते हैं।

• **स्वास्थ्य सेवाओं के भुगतान के लिए** हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग और/या प्रकटीकरण उन सेवाओं के लिए बिल बनाने और भुगतान प्राप्त करने के लिए कर सकते हैं जो आपने हमसे प्राप्त की हैं। उदाहरण के लिए, हम बिल या विवरण तैयार करने के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी अपने बिलिंग या क्लेम विभाग को प्रदान कर सकते हैं, ताकि इसे आपको, आपकी बीमा कंपनी को, जिसमें Medicare या Medicaid शामिल हैं, या किसी अन्य समूह या व्यक्ति को भेजा जा सके जो आपकी स्वास्थ्य सेवाओं के भुगतान के लिए जिम्मेदार हो सकता है।

• **हमारे स्वास्थ्य देखभाल संचालन के लिए** हम अपने व्यवसायों के चलाने के लिए आवश्यक कुछ प्रशासनिक, वित्तीय, कानूनी और गुणवत्ता सुधार गतिविधियों को करने तथा अपनी उपचार और भुगतान गतिविधियों का समर्थन करने के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या प्रकटीकरण कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, हम अपने चिकित्सकों और कर्मचारियों की गुणवत्ता और प्रदर्शन का मूल्यांकन करने तथा हमारे द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं में सुधार करने में सहायता के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग और/या प्रकटीकरण कर सकते हैं। विशेष रूप से, हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी चिकित्सकों, चिकित्सा विशेषज्ञों या अन्य स्वास्थ्य अथवा व्यावसायिक पेशेवरों को समीक्षा, परामर्श, तुलना करने और योजना बनाने के उद्देश्य से प्रकट कर सकते हैं। हम अपने प्रशिक्षण कार्यक्रमों के दौरान तथा प्रत्यायन, प्रमाणन, लाइसेंसिंग या क्रेडेंशियलिंग गतिविधियों के लिए भी आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग और प्रकटीकरण कर सकते हैं। इसके अतिरिक्त, हम हमारे द्वारा कानूनों के अनुपालन का मूल्यांकन करने और/या सुनिश्चित करने के लिए, या नियामक अथवा अन्य शासकीय प्राधिकरणों या न्यायिक निकायों के समक्ष हमारा प्रतिनिधित्व करने के लिए, आपकी स्वास्थ्य जानकारी लेखा-परीक्षकों, लेखाकारों, वकीलों, सरकारी नियामकों या अन्य परामर्शदाताओं को प्रकट कर सकते हैं।

### कानून द्वारा अनुमत या आवश्यक गतिविधियों के लिए

कुछ परिस्थितियाँ ऐसी होती हैं जहाँ Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) हमें उपचार, भुगतान या स्वास्थ्य देखभाल संचालन के अलावा अन्य उद्देश्यों के लिए आपकी लिखित अनुमति प्राप्त किए बिना आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग और/या प्रकटीकरण करने की अनुमति देता है। उन विशिष्ट परिस्थितियों को छोड़कर जहाँ कानून हमें जानकारी का उपयोग और प्रकटीकरण करना आवश्यक बनाते हैं (जैसे जन्म की रिपोर्ट स्वास्थ्य विभाग को देना या दुर्व्यवहार अथवा उपेक्षा की रिपोर्ट सामाजिक सेवाओं को देना), इस अनुभाग में हमने HIPAA द्वारा अनुमत सभी उपयोग और प्रकटीकरण सूचीबद्ध किए हैं। इन उद्देश्यों के लिए आपकी जानकारी साझा करने से पहले हमें कानून में निर्धारित कई शर्तों का पालन करना आवश्यक होता है। अधिक जानकारी के लिए [hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html](https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html) देखें।

**1. सार्वजनिक स्वास्थ्य गतिविधियाँ** हम सार्वजनिक स्वास्थ्य उद्देश्यों के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी का प्रकटीकरण कर सकते हैं, जिनमें शामिल हैं:

- किसी सार्वजनिक स्वास्थ्य प्राधिकरण को, जो कानून द्वारा जानकारी एकत्र या प्राप्त करने के लिए अधिकृत है, ताकि अन्य बातों के साथ-साथ संक्रामक रोगों और बाल दुर्व्यवहार की रिपोर्ट की जा सके।
- U.S. Food and Drug Administration (FDA) को चिकित्सा उपकरण या उत्पाद से संबंधित घटनाओं की रिपोर्ट करने के लिए।
- किसी ऐसे व्यक्ति को सूचित करने के लिए जो किसी संक्रामक रोग के संपर्क में आया हो।
- आपके नियोक्ता को, यदि हम कार्यस्थल पर हुई चोट से संबंधित देखभाल आपके नियोक्ता के निर्देश पर प्रदान कर रहे हों।
- आपके विद्यालय को, यदि टीकाकरण का प्रमाण माँगा जाता है।

**2. संभावित वयस्क दुर्व्यवहार या उपेक्षा की रिपोर्ट करने के लिए** यदि हमें लगता है कि कोई रोगी दुर्व्यवहार, उपेक्षा या घरेलू हिंसा का शिकार है, तो हम उन मामलों की रिपोर्ट प्राप्त करने के लिए कानून द्वारा अधिकृत सरकारी एजेंसी को सूचित कर सकते हैं। कुछ परिस्थितियों में, ऐसी चिंताओं की रिपोर्ट करने से पहले हम आपको सूचित कर सकते हैं।

**3. स्वास्थ्य पर्यवेक्षण गतिविधियाँ** हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी किसी स्वास्थ्य पर्यवेक्षण एजेंसी को प्रकट कर सकते हैं, जिसे स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली की निगरानी करने और हमारे द्वारा कुछ कानूनों के अनुपालन की जाँच करने के लिए कानून द्वारा अधिकृत किया गया है।

**4. कानून प्रवर्तन गतिविधियाँ** हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी कानून प्रवर्तन से संबंधित समन, सम्मन, ग्रैंड जूरी समन, प्रशासनिक अनुरोध, वारंट, जांच की मांग, या किसी कानून प्रवर्तन अधिकारी के उस अनुरोध की प्रतिक्रिया में प्रकट कर सकते हैं जिसमें किसी पीड़ित, संदिग्ध, भगोड़े, महत्वपूर्ण गवाह या लापता व्यक्ति (उन व्यक्तियों सहित जिनकी मृत्यु हो चुकी है) की पहचान या स्थान का पता लगाने के लिए जानकारी मांगी जाती है, हम अपने परिसर में हुए किसी अपराध की रिपोर्ट करने के लिए या ऐसे अपराध की रिपोर्ट करने के लिए भी जानकारी प्रकट कर सकते हैं जिसके कारण हमारी आपातकालीन सेवाओं की आवश्यकता उत्पन्न हुई हो। यदि Washington University School of Medicine को ऐसा समन, सम्मन, ग्रैंड जूरी समन, न्यायालय आदेश, प्रशासनिक अनुरोध, वारंट या जांच की मांग प्राप्त होती है जिसके तहत कानूनन Washington University School of Medicine द्वारा आपके स्वास्थ्य अभिलेखों का प्रकटीकरण आवश्यक हो, तो Washington University School of Medicine कानून प्रवर्तन को आपकी स्वास्थ्य जानकारी प्रकट करने से पहले आपको सूचित करने का प्रयास करेगा यदि Washington University School of Medicine को ऐसा करने की अनुमति है।

**5. न्यायिक और प्रशासनिक कार्यवाही** हम न्यायिक या प्रशासनिक कार्यवाही के दौरान समन, न्यायालय या प्रशासनिक न्यायाधिकरण के आदेश, खोज अनुरोध या अन्य वैध कानूनी प्रक्रिया की प्रतिक्रिया में आपकी स्वास्थ्य जानकारी का प्रकटीकरण कर सकते हैं। जब तक विवाद में शामिल किसी अन्य पक्ष द्वारा ऐसी सूचना पहले से प्रदान न की गई हो और/या विवाद में एक योग्य सुरक्षा आदेश दाखिल न किया गया हो, तब तक Washington University School of Medicine आपकी स्वास्थ्य जानकारी का प्रकटीकरण करने से पहले आपको सूचना प्रदान करने का प्रयास करेगा।

**6. मृत्यु समीक्षक, चिकित्सा परीक्षक और अंतिम संस्कार निदेशक** हम किसी मृत व्यक्ति की पहचान करने या मृत्यु के कारण का पता लगाने के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी मृत्यु समीक्षक, चिकित्सा परीक्षकों और अंतिम संस्कार निदेशकों को प्रकट कर सकते हैं।

**7. अंग दान** हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी किसी अंग प्राप्ति संगठन या अन्य सुविधा को प्रकट कर सकते हैं जो अंगों या ऊतकों की प्राप्ति, भंडारण और/या प्रत्यारोपण से संबंधित निर्णय लेने या उसमें भाग लेने का कार्य करती है।

**8. अनुसंधान उद्देश्य** हम चिकित्सा, सामाजिक, मनोवैज्ञानिक और अन्य प्रकार के अनुसंधान का संचालन करते हैं और उनमें भाग लेते हैं। अधिकांश मानव प्रतिभागियों से संबंधित अनुसंधान परियोजनाएँ, जिनमें स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग करने वाली कई परियोजनाएँ भी शामिल हैं, एक विशेष अनुमोदन प्रक्रिया के अधीन होती हैं जिसमें प्रस्तावित अनुसंधान परियोजना और उसमें स्वास्थ्य जानकारी के उपयोग का मूल्यांकन किया जाता है। हालाँकि, कुछ परिस्थितियों में, हम अनुसंधान परियोजना से संचालन की तैयारी कर रहे शोधकर्ताओं को स्वास्थ्य जानकारी प्रकट कर सकते हैं ताकि वे यह पता लगा सकें कि अनुसंधान परियोजना संचालित की जा सकती है या नहीं या उपयोगी होगी या नहीं, बशर्ते कि वे जिस स्वास्थ्य जानकारी की समीक्षा करते हैं वह हमारे परिसर से बाहर न ले जाई जाए। हमारे चिकित्सक आपको किसी नैदानिक अनुसंधान परीक्षण (जांचाधीन उपचार) में भाग लेने का अवसर प्रदान कर सकते हैं और अन्य शोधकर्ता अनुसंधान परियोजनाओं में भाग लेने में आपकी रुचि के संबंध में आपसे संपर्क कर सकते हैं। किसी अनुसंधान परियोजना में आपका नामांकन तभी होगा जब आपको अनुसंधान के बारे में जानकारी दी गई हो, आपको प्रश्न पूछने का अवसर मिला हो, और आपने एक सहमति प्रपत्र पर हस्ताक्षर किए हों। विशेष समीक्षा प्रक्रिया के माध्यम से अनुमोदित होने पर, कुछ अनुसंधान आपकी सहमति के बिना भी आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग करके किए जा सकते हैं।

**9. किसी व्यक्ति या सार्वजनिक सुरक्षा को हानि से बचाने के लिए** यदि हमें लगता है कि प्रकटीकरण सार्वजनिक सुरक्षा या किसी अन्य व्यक्ति के स्वास्थ्य या सुरक्षा के लिए गंभीर खतरे को रोकने या कम करने के लिए आवश्यक है, तो हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी का प्रकटीकरण कर सकते हैं।

**10. विशेष सरकारी कार्य** हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी विशिष्ट सरकारी सुरक्षा आवश्यकताओं के लिए या आवश्यक होने पर सुधारात्मक संस्थानों द्वारा उपयोग के लिए प्रकट कर सकते हैं।

**11. श्रमिक क्षतिपूर्ति के उद्देश्य से** हम श्रमिक क्षतिपूर्ति कानूनों या समान कार्यक्रमों का पालन करने के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी का प्रकटीकरण कर सकते हैं।

**12. व्यावसायिक सहयोगियों को** हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी अपने “व्यावसायिक सहयोगियों” को प्रकट कर सकते हैं, जो ऐसे व्यक्ति या कंपनियाँ होती हैं जो हमें सेवाएँ प्रदान करती हैं। उदाहरण के लिए, किसी व्यावसायिक सहयोगी में वह कंपनी शामिल हो सकती है जो हमारे लिए बिलिंग क्लेम का प्रबंधन करती है, वह सॉफ्टवेयर विक्रेता जो हमें आपको अपॉइंटमेंट से संबंधित रिमाइंडर भेजने में सहायता करता है, तथा अन्य सेवा प्रदाता। हम व्यावसायिक सहयोगियों से अपेक्षा करते हैं कि वे आपकी जानकारी को सुरक्षित रखें।

**13. आपको स्वास्थ्य से संबंधित उत्पादों या सेवाओं की जानकारी देने के लिए** हम आपको चिकित्सा अपॉइंटमेंट या अन्य निर्धारित सेवाओं के संबंध में संपर्क करने, या उपचार के विकल्पों अथवा अन्य स्वास्थ्य संबंधी लाभों और सेवाओं के बारे में जानकारी प्रदान करने के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या प्रकटीकरण कर सकते हैं।

**14. नाबालिगों के माता-पिता और कानूनी अभिभावकों को** जब रोगी एक स्वतंत्र न हुआ नाबालिग होता है, तो हम उसकी स्वास्थ्य जानकारी रोगी के माता-पिता या अभिभावकों के साथ साझा कर सकते हैं, जब तक कि कानून द्वारा अन्यथा निषिद्ध न हो।

**15. बिलिंग और वसूली के उद्देश्य से** हम प्रदान की गई सेवाओं के लिए भुगतान प्राप्त करने के उद्देश्य से आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या प्रकटीकरण कर सकते हैं। आपसे डाक या टेलीफोन के माध्यम से, आपके साथ संबद्ध किसी भी टेलीफोन नंबर पर, जिसमें वायरलेस नंबर भी शामिल हैं, संपर्क किया जा सकता है। टेलीफोन कॉल पहले से रिकॉर्ड की गई या कृत्रिम आवाज़ संदेशों और/या स्वचालित डायलिंग उपकरण (“ऑटो डायलर”) का उपयोग करके की जा सकती हैं। संदेश उत्तर देने वाली मशीनों या वॉइसमेल पर छोड़े जा सकते हैं, जिनमें कानून द्वारा आवश्यक कोई भी संदेश जानकारी (जिसमें ऋण वसूली संबंधी कानून शामिल हैं) और/या आपके द्वारा देय राशि से संबंधित जानकारी शामिल हो सकती है। आपसे संपर्क करने के लिए आपके दिए गए ईमेल पत्तों या टेक्स्ट मैसेज का भी इस्तेमाल किया जा सकता है।

**16. धन संग्रह के उद्देश्य से** हम आपसे संपर्क करने के लिए कुछ जनसांख्यिकीय जानकारी का उपयोग या प्रकटीकरण कर सकते हैं, जिसमें आपका नाम, पता, अन्य संपर्क जानकारी, आयु, लिंग और जन्म तिथि; वे तिथियाँ जब आपने हमसे स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त की; सेवा विभाग से संबंधित जानकारी; उपचार करने वाले चिकित्सक की जानकारी; तथा परिणाम संबंधी जानकारी शामिल हो सकती है, ताकि हम धन संग्रह कर सकें और अपनी स्वास्थ्य देखभाल गतिविधियों को जारी रख सकें या उनका विस्तार कर सकें। आपको इन धन संग्रह संबंधी संचारों से बाहर निकलने का अधिकार है। यदि आप हमारे धन संग्रह प्रयासों के अंतर्गत संपर्क किए जाने की इच्छा नहीं रखते हैं, तो कृपया इस सूचना के संपर्क अनुभाग में सूचीबद्ध व्यक्ति(यों) से संपर्क करें। यदि आप यह निर्णय लेते हैं कि आप हमारे धन संग्रह प्रयासों के अंतर्गत संपर्क नहीं किए जाना चाहते, तो इस निर्णय के आधार पर हम आपकी सेवाओं या भुगतान को प्रभावित नहीं करेंगे।

कृपया ध्यान दें कि यदि हमें आपके मादक द्रव्यों के सेवन संबंधी विकार के निदान, पूर्वानुमान या उपचार से संबंधित जानकारी ऐसे कार्यक्रमों से प्राप्त होती है जो 42 CFR Part 2 के अधीन हैं (“Part 2 Records”), तो हम आपके Part 2 Records का उपयोग या प्रकटीकरण नहीं करेंगे, और न ही किसी दीवानी, आपराधिक, प्रशासनिक या विधायी कार्यवाही में आपके विरुद्ध आपके Part 2 Records की सामग्री से संबंधित गवाही देंगे, जब तक कि आपने इस प्रकटीकरण के लिए लिखित सहमति प्रदान न की हो (जो किसी अन्य उपयोग या प्रकटीकरण के लिए दी गई सहमति से अलग हो), या फिर न्यायालय का आदेश प्राप्त न हो, जिसके अंतर्गत आपको या हमें (Part 2 Record के वैध धारक के रूप में) सूचना दी गई हो और आपको या हमें सुनवाई का अवसर प्रदान किया गया हो, जैसा कि 42 CFR Part 2 में प्रावधान है। इस जानकारी के उपयोग या प्रकटीकरण को अधिकृत करने वाला न्यायालय आदेश, अनुरोधित जानकारी के उपयोग या प्रकटीकरण से पहले, समन या किसी अन्य कानूनी आवश्यकता के साथ होना आवश्यक है जो प्रकटीकरण को अनिवार्य बनाती हो।

BJC Health एक 42 CFR Part 2 कार्यक्रम संचालित करता है। इस कार्यक्रम की गोपनीयता प्रथाओं की सूचना से संबंधित अतिरिक्त जानकारी BJCBehavioralHealth.org पर उपलब्ध है।

## **जब आपकी प्राथमिकताएँ हमारे उपयोग या प्रकटीकरण का मार्गदर्शन करेंगी**

• किसी सुविधा निर्देशिका में आपका नाम, सुविधा में आपका स्थान, आपकी सामान्य स्थिति जैसे ठीक, स्थिर आदि, तथा आपकी धार्मिक संबद्धता (यदि आपने प्रदान की हो) शामिल हो सकती है। जब तक आप हमें यह नहीं बताते कि आप सुविधा निर्देशिका में अपनी जानकारी को सीमित करना चाहते हैं, तब तक आपको उसमें शामिल किया जाएगा और निर्देशिका की जानकारी धर्मगुरुओं या उन लोगों को प्रदान की जा सकती है जो नाम लेकर आपके बारे में पूछते हैं।

- हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी आपके परिवार के सदस्य, अन्य रिश्तेदार, मित्र, या किसी अन्य व्यक्ति को प्रकट कर सकते हैं जिसे आप पहचानते हैं और जो आपकी देखभाल में शामिल है या आपकी देखभाल से संबंधित भुगतान में शामिल है, जब तक कि आप हमें अन्यथा न बताएं।

## ऐसे उपयोग और प्रकटीकरण जिनके लिए आपकी लिखित अनुमति आवश्यक है

- हम आपकी लिखित अनुमति के बिना मनोचिकित्सा नोट्स का प्रकटीकरण नहीं करेंगे, जब तक कि ऐसा उपयोग या प्रकटीकरण कानून द्वारा अन्यथा अनुमत या आवश्यक न हो।
- हम आपकी लिखित अनुमति के बिना ऐसे प्रकटीकरण में संलग्न नहीं होंगे जो आपकी स्वास्थ्य जानकारी की बिक्री के रूप में माना जाता हो। संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी की बिक्री तब मानी जाती है जब हम, या हमारे साथ प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से अनुबंध करने वाला कोई व्यक्ति, आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी के बदले भुगतान प्राप्त करता है।
- हम आपकी लिखित अनुमति के बिना विपणन उद्देश्यों के लिए आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या प्रकटीकरण नहीं करेंगे। विपणन का अर्थ है किसी तीसरे पक्ष द्वारा प्रदान किए गए उत्पाद या सेवा के बारे में आपसे संपर्क करने के लिए उस तीसरे पक्ष से भुगतान प्राप्त करना।

ऐसी परिस्थितियों के लिए जो सामान्यतः इस सूचना में वर्णित नहीं हैं, हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या प्रकटीकरण करने से पहले आपकी लिखित अनुमति प्राप्त करेंगे। आप भविष्य में अपनी स्वास्थ्य जानकारी के प्रकटीकरण को रोकने के लिए किसी भी समय लिखित रूप में उस अनुमति को वापस ले सकते हैं। हालाँकि, जो जानकारी पहले ही प्रकट की जा चुकी है, उसे वापस लेने का अनुरोध नहीं किया जाएगा, और आपकी अनुमति वापस लेने से उस किसी भी कार्रवाई पर प्रभाव नहीं पड़ेगा जो हमने पहले ही आपकी अनुमति के आधार पर की है। इसके अतिरिक्त, यदि हमने किसी अनुसंधान अध्ययन के संबंध में जानकारी एकत्र की है, तो हमें उस जानकारी का उपयोग और प्रकटीकरण करने की अनुमति है, जहाँ तक अनुसंधान अध्ययन की अखंडता की रक्षा के लिए आवश्यक हो।

## आपकी स्वास्थ्य जानकारी के संबंध में आपके अधिकार

### स्वास्थ्य जानकारी के कुछ उपयोगों और प्रकटीकरणों पर प्रतिबंध का अनुरोध करना

आप लिखित रूप में यह अनुरोध कर सकते हैं कि हम आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या प्रकटीकरण आपके उपचार, हमारी स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के भुगतान, या हमारी स्वास्थ्य देखभाल संचालन से संबंधित गतिविधियों के लिए किस प्रकार करते हैं, इस पर प्रतिबंध लगाया जाए। आप यह भी अनुरोध कर सकते हैं कि हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी किसी ऐसे व्यक्ति को प्रकट करने पर प्रतिबंध लगाएँ जो आपकी देखभाल में शामिल है, जैसे परिवार का सदस्य या मित्र। अनुरोध करने के लिए कृपया इस सूचना के अंत में दिए गए निर्देशों को देखें।

हम सभी परिस्थितियों में आपके अनुरोध से सहमत होने के लिए बाध्य नहीं हैं। इसके अतिरिक्त, हम जिस किसी प्रतिबंध को स्वीकार कर सकते हैं, वह उस किसी भी उपयोग या प्रकटीकरण को प्रभावित नहीं करेगा जिसे हम कानून के अंतर्गत करने के लिए बाध्य या अधिकृत हैं। हमें आपके उस अनुरोध से सहमत होना होगा जिसमें आप अपनी स्वास्थ्य जानकारी को अपने स्वास्थ्य योजना के साथ साझा करने पर प्रतिबंध लगाने का अनुरोध करते हैं, यदि वह प्रकटीकरण कानून द्वारा आवश्यक नहीं है और जिस स्वास्थ्य जानकारी पर आप प्रतिबंध चाहते हैं वह केवल ऐसी स्वास्थ्य देखभाल सेवा या वस्तु से संबंधित है जिसके लिए आपने (या आपकी ओर से किसी अन्य व्यक्ति ने, आपकी स्वास्थ्य योजना के अतिरिक्त) हमें पूर्ण भुगतान किया हो।

### गोपनीय संचार का अनुरोध करना

आप यह अनुरोध कर सकते हैं कि हम आपसे संपर्क करने के तरीके में परिवर्तन करें या उस स्थान में परिवर्तन करें जहाँ हम आपसे संपर्क कर सकते हैं। आपको अपना अनुरोध लिखित रूप में करना होगा। नीचे दी गई संपर्क जानकारी देखें। हम आपके उचित अनुरोध को स्वीकार करने का प्रयास करेंगे, लेकिन यह निर्धारित करते समय कि आपका अनुरोध उचित है या नहीं, हम उस प्रशासनिक कठिनाई पर विचार कर सकते हैं जो इससे हमारे लिए उत्पन्न हो सकती है।

### अपनी स्वास्थ्य जानकारी का निरीक्षण करना और उसकी प्रतियाँ प्राप्त करना

आप अपनी स्वास्थ्य जानकारी को देखने और/या उसकी एक प्रति प्राप्त करने का अनुरोध कर सकते हैं। आपको अपना अनुरोध लिखित रूप में करना होगा। अपनी स्वास्थ्य जानकारी के लिए अनुरोध करने हेतु कृपया इस सूचना के अंत में दिए गए निर्देशों को देखें।

हम अनुरोधित स्वास्थ्य जानकारी की प्रतिलिपि बनाने या उसका सारांश तैयार करने के लिए शुल्क ले सकते हैं। हम स्वास्थ्य जानकारी के लिए आपका अनुरोध प्राप्त होने के 30 दिनों के भीतर प्रतिक्रिया देंगे—या तो अनुरोधित जानकारी प्रदान करके, या अनुरोध को अस्वीकार करने की स्थिति में लिखित स्पष्टीकरण देकर, अथवा आपको यह सूचित करके कि आपके अनुरोध पर कार्रवाई पूरी करने के लिए हमें अतिरिक्त समय की आवश्यकता है (उदाहरण के लिए, यदि आपकी स्वास्थ्य जानकारी तुरंत उपलब्ध नहीं है या वह जानकारी किसी बाहरी भंडारण स्थान में रखी गई है)।

## अपनी स्वास्थ्य जानकारी में परिवर्तन का अनुरोध करना

यदि आपको लगता है कि आपकी स्वास्थ्य जानकारी गलत या अधूरी है, तो आप लिखित रूप में उसमें सुधार या संशोधन का अनुरोध कर सकते हैं। हम आपके अनुरोध से सहमत होने के लिए बाध्य नहीं हैं जब तक लागू राज्य कानून द्वारा आवश्यक न हो। किसी भी परिस्थिति में हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी में मौजूद मूल दस्तावेजों को हटाएँगे या मिटाएँगे नहीं, जब तक कि ऐसा लागू राज्य कानूनों के अनुसार अनुरोध न किया गया हो। आपकी स्वास्थ्य जानकारी में संशोधन या सुधार के लिए अनुरोध करने के निर्देश इस सूचना के अंत में दिए गए हैं।

## आपकी स्वास्थ्य जानकारी के प्रकटीकरण का विवरण प्राप्त करने का अनुरोध करना

आप लिखित रूप में उन कुछ प्रकार के प्रकटीकरणों का विवरण मांग सकते हैं जो हमने आपके अनुरोध से पूर्व पिछले छह वर्षों के दौरान आपकी स्वास्थ्य जानकारी के संबंध में किए हैं। कानून के अनुसार कई सामान्य प्रकटीकरणों को इस विवरण से बाहर रखा गया है, जैसे वे प्रकटीकरण जो आपकी देखभाल के लिए किए गए हों, आपकी स्वास्थ्य सेवाओं के भुगतान के लिए किए गए हों, या वे जिनके प्रकटीकरण के लिए आपने लिखित अनुमति प्रदान की हो।

प्रकटीकरण का विवरण प्राप्त करने के लिए अनुरोध करने हेतु नीचे दी गई संपर्क जानकारी देखें। सामान्यतः, यदि अतिरिक्त समय की आवश्यकता न हो तो हम आपके अनुरोध प्राप्त होने के 60 दिनों के भीतर प्रतिक्रिया देंगे। आप प्रति वर्ष केवल एक बार ऐसे विवरण प्राप्त करने का अधिकार रखते हैं।

## आपकी स्वास्थ्य जानकारी के संबंध में हमारी जिम्मेदारियाँ

### असुरक्षित संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी के उल्लंघन के बाद सूचना देना

कानून के अनुसार, यदि आपकी स्वास्थ्य जानकारी ऐसे उल्लंघन में शामिल होती है जिसका हमने अनुभव किया है और जिससे आपकी स्वास्थ्य जानकारी की गोपनीयता या सुरक्षा प्रभावित हो सकती है, तो हमें आपको इसकी सूचना देना आवश्यक है।

### हमारी गोपनीयता प्रथाओं की सूचना प्राप्त करना

हम आपको अपनी गोपनीयता प्रथाओं के बारे में समझाने और सूचित करने के लिए यह सूचना प्रदान करने के लिए बाध्य हैं। भले ही आपने यह सूचना इलेक्ट्रॉनिक रूप में प्राप्त करने का अनुरोध किया हो, आप किसी भी समय इसकी कागज़ी प्रति का अनुरोध कर सकते हैं। आप इस सूचना को हमारी वेबसाइटों पर भी देख सकते हैं या इसकी प्रति प्राप्त कर सकते हैं: [BJC.org/patients-visitors/patient-privacy](http://BJC.org/patients-visitors/patient-privacy), [SaintLukesKC.org/patients-visitors/patient-privacy](http://SaintLukesKC.org/patients-visitors/patient-privacy), and [physicians.washu.edu/for-patients/for-your-protection/](http://physicians.washu.edu/for-patients/for-your-protection/).

## शिकायतें

हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी की गोपनीयता से संबंधित आपकी किसी भी चिंता को संबोधित करने के अवसर का स्वागत करते हैं। यदि आपको लगता है कि आपकी स्वास्थ्य जानकारी की गोपनीयता का उल्लंघन हुआ है, तो आप इस सूचना के संपर्क अनुभाग में सूचीबद्ध व्यक्तियों के साथ शिकायत दर्ज कर सकते हैं। आप U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights के सचिव के साथ भी शिकायत दर्ज कर सकते हैं, इसके लिए आप 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201 पर पत्र भेज सकते हैं, 877-696-6775 पर कॉल कर सकते हैं, या [hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html](http://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html) पर जा सकते हैं।

हम आपके द्वारा हमारे साथ या Office for Civil Rights के साथ शिकायत दर्ज करने के कारण आपके विरुद्ध कोई प्रतिशोधात्मक कार्रवाई नहीं करेंगे।

## संपर्क जानकारी

यह ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि अनुरोध या शिकायतें उसी अस्पताल या कार्यालय को की जानी चाहिए जहाँ आपकी गोपनीयता से संबंधित चिंता उत्पन्न हुई हो। किसी एक प्रदाता को किए गए अनुरोध या शिकायत को इस संयुक्त सूचना में कवर या संबोधित किए गए अन्य प्रदाताओं के साथ दायर माना नहीं जाएगा।

### BJC Health से संबद्ध अस्पतालों, सुविधाओं और प्रदाताओं के लिए संपर्क जानकारी:

• इस सूचना के बारे में प्रश्न पूछने, हमारी गोपनीयता प्रथाओं के संबंध में चिंता व्यक्त करने, या BJC Health से संबद्ध अस्पतालों और प्रदाताओं की गोपनीयता प्रथाओं के संबंध में शिकायत दायर करने के लिए, कृपया नीचे दिए गए किसी भी माध्यम से गोपनीयता अधिकारी से संपर्क करें:

#### BJC Health — गोपनीयता अधिकारी

4901 Forest Park Ave., Suite 1140

Mailstop: 90-75-571

St. Louis, MO 63108

314-362-4855

ईमेल: [compliance@bjc.org](mailto:compliance@bjc.org)

### BJC HealthCare के लिए:

- BJC HealthCare से संबद्ध किसी अस्पताल या प्रदाता से **अपनी स्वास्थ्य जानकारी को देखने या उसकी प्रति प्राप्त करने के लिए**, आप 314-362-3935 पर संपर्क कर सकते हैं या [BJC.org](http://BJC.org) पर जाकर उस सुविधा के चिकित्सा अभिलेख विभाग से संपर्क कर सकते हैं जहाँ आपकी स्वास्थ्य जानकारी रखी गई है।
- BJC HealthCare से संबद्ध अस्पतालों और प्रदाताओं द्वारा रखी **आपकी स्वास्थ्य जानकारी में संशोधन या सुधार का अनुरोध करने के लिए**, कृपया [enterprise\\_mpi\\_maintenance@bjc.org](mailto:enterprise_mpi_maintenance@bjc.org) पर ईमेल करें या 314-273-2468 पर कॉल करें।
- BJC HealthCare से संबद्ध अस्पतालों और प्रदाताओं द्वारा **आपकी स्वास्थ्य जानकारी के उपयोग पर प्रतिबंध का अनुरोध करने के लिए**, कृपया [HIM\\_DMOPS\\_ROI@bjc.org](mailto:HIM_DMOPS_ROI@bjc.org) पर ईमेल करें।
- BJC HealthCare से संबद्ध अस्पतालों और प्रदाताओं द्वारा किए गए **प्रकटीकरणों के विवरण का अनुरोध करने के लिए**, कृपया [disclosure\\_management\\_legal@bjc.org](mailto:disclosure_management_legal@bjc.org) पर ईमेल करें या 314-454-4997 पर कॉल करें।

### Saint Luke's के लिए:

- Saint Luke's से संबद्ध किसी अस्पताल या प्रदाता से **अपनी स्वास्थ्य जानकारी को देखने या उसकी प्रति प्राप्त करने के लिए**, आप चिकित्सा अभिलेख/जानकारी जारी करने वाले विभाग से [roi@saint-lukes.org](mailto:roi@saint-lukes.org) पर ईमेल के माध्यम से संपर्क कर सकते हैं, या [saintlukeskc.org/medical-records](http://saintlukeskc.org/medical-records) पर जा सकते हैं।
- Saint Luke's से संबद्ध अस्पतालों और प्रदाताओं द्वारा रखी गई **आपकी स्वास्थ्य जानकारी में संशोधन या सुधार का अनुरोध करने के लिए**, कृपया [saintlukeskc.org/medical-records](http://saintlukeskc.org/medical-records) पर उपलब्ध फॉर्म को पूरा करके [amendments@saintlukeskc.org](mailto:amendments@saintlukeskc.org) पर ईमेल के माध्यम से जमा करें।
- Saint Luke's से संबद्ध अस्पतालों और प्रदाताओं द्वारा **आपकी स्वास्थ्य जानकारी के उपयोग पर प्रतिबंध का अनुरोध करने के लिए**, कृपया [roi@saint-lukes.org](mailto:roi@saint-lukes.org) पर चिकित्सा अभिलेख विभाग से संपर्क करें।
- Saint Luke's से संबद्ध अस्पतालों और प्रदाताओं द्वारा किए गए **प्रकटीकरणों के विवरण का अनुरोध करने के लिए**, कृपया [roi@saint-lukes.org](mailto:roi@saint-lukes.org) पर चिकित्सा अभिलेख विभाग से संपर्क करें।

### Washington University School of Medicine या उसके प्रदाताओं के लिए संपर्क जानकारी:

- इस सूचना के बारे में प्रश्नों, हमारी गोपनीयता प्रथाओं से संबंधित चिंताओं, या Washington University School of Medicine या उसके प्रदाताओं के संबंध में शिकायत दर्ज करने के लिए, आप नीचे दिए गए किसी भी माध्यम से गोपनीयता अधिकारी से संपर्क कर सकते हैं:

## Washington University School of Medicine — गोपनीयता अधिकारी

660 S. Euclid Ave.  
MSC 8095-02-01  
St. Louis, MO 63110  
866-747-4975  
ईमेल: HIPAA@wustl.edu

- Washington University School of Medicine के किसी प्रदाता से **अपनी स्वास्थ्य जानकारी को देखने या उसकी प्रति प्राप्त करने के लिए**, कृपया [physicians.washu.edu/for-patients/medical-records-request/](https://physicians.washu.edu/for-patients/medical-records-request/) पर दिए गए निर्देशों का पालन करें। आप Washington University Health Information Release Service से 314-273-0453 पर भी संपर्क कर सकते हैं।
- Washington University School of Medicine के किसी प्रदाता द्वारा संधारित आपकी स्वास्थ्य जानकारी में **संशोधन या सुधार का अनुरोध करने के लिए**, कृपया [physicians.washu.edu/for-patients/medical-records-request/](https://physicians.washu.edu/for-patients/medical-records-request/) पर दिए गए निर्देशों का पालन करें या Washington University School of Medicine Health Information Management से [HIM@wustl.edu](mailto:HIM@wustl.edu) पर ईमेल द्वारा या 314-273-1986 पर फोन द्वारा संपर्क करें।
- Washington University School of Medicine के किसी प्रदाता द्वारा **आपकी स्वास्थ्य जानकारी के उपयोग पर प्रतिबंध का अनुरोध करने के लिए**, कृपया Washington University School of Medicine HIPAA Privacy Office से 866-747-4975 पर या [HIPAA@wustl.edu](mailto:HIPAA@wustl.edu) पर ईमेल द्वारा संपर्क करें।
- Washington University School of Medicine के किसी प्रदाता द्वारा किए गए **प्रकटीकरणों के विवरण का अनुरोध करने के लिए**, कृपया Washington University School of Medicine HIPAA Privacy Office से 866-747-4975 पर या [HIPAA@wustl.edu](mailto:HIPAA@wustl.edu) पर ईमेल द्वारा संपर्क करें।

इस सूचना के अधीन आने वाली संस्थाएँ निम्नलिखित लिंक पर उपलब्ध हैं:

[BJC.org/patients-visitors/patient-privacy](https://bjc.org/patients-visitors/patient-privacy)