

## संयुक्त गोपनीयता अभ्यास सूचना

यस सूचनाले तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी कसरी प्रयोग वा खुलासा गर्न सकिन्छ र तपाईंले कसरी यस जानकारीमा पहुँच प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ भन्ने कुरा वर्णन गर्दछ—कृपया यसलाई ध्यानपूर्वक समीक्षा गर्नुहोस्।

यो सूचना BJC Health अन्तर्गतका अस्पतालहरू, सुविधा केन्द्रहरू, प्रदायकहरू तथा Washington University School of Medicine (यसमा सामूहिक रूपमा “हामी” वा “हाम्रो” वा “हामीलाई” भनिएको) को लागि संयुक्त सूचना हो, जसले स्वास्थ्य जानकारीसम्बन्धी हाम्रो गोपनीयता अभ्यासहरूलाई स्पष्ट गर्दछ। हामीले एक वा बढी संगठित स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था स्थापना गरेका छौं। हाम्रो सबै सुविधा केन्द्रहरू प्रत्येक संगठित स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थामा सहभागी भएका छैनन्। विशेष रूपमा, सबै BJC Health अन्तर्गतका अस्पतालहरू तथा प्रदायकहरू एउटै संगठित स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थामा सहभागी छन्; अर्को संगठित स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थामा भने BJC Health अन्तर्गतका केही अस्पतालहरू तथा प्रदायकहरू Washington University School of Medicine सँग सहभागी छन्। यसको अर्थ, तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी यी व्यवस्थाहरूका सहभागीहरू बीच साझा गर्न सकिन्छ, जसको उद्देश्य एकीकृत स्वास्थ्य प्रणालीको रूपमा संयुक्त रूपमा सञ्चालन गर्नु हो। यसमा उपचार प्रदान गर्ने कार्य, भुक्तानीका लागि प्रयोजन, तथा स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनको व्यापक दायरा समावेश हुन्छ, जसमा संयुक्त उपयोग समीक्षा, प्रमाणिकरण, शिक्षा, जोखिम व्यवस्थापन, बिरामी सुरक्षा, गुणस्तर मूल्याङ्कन तथा सुधार गतिविधिहरू समावेश हुन सक्छन्। संगठित स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थासम्बन्धी थप जानकारी BJC Health का नीतिहरूमा उपलब्ध छ, जुन [BJC.org/patients-visitors/our-policies](http://BJC.org/patients-visitors/our-policies) मा हेर्न सकिन्छ।

हामी तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीलाई एकअर्कासँग वा अन्य तेस्रो पक्षसँग साझा वा खुलासा गर्दा यस सूचनाका सर्तहरू पालना गर्नेछौं। हामी स्वास्थ्य जानकारीलाई अलग-अलग रूपमा अभिलेख राख्ने भएकाले, तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीसम्बन्धी प्रश्न, अनुरोध, तथा गुनासोहरूलाई पनि अलग-अलग रूपमा जवाफ दिनेछौं।

### तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीसम्बन्धी हाम्रो कर्तव्यहरू

हामी कानूनद्वारा तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको गोपनीयता सुरक्षित गर्न, यी कानुनी कर्तव्यहरूको सूचना तपाईंलाई उपलब्ध गराउन, तथा असुरक्षित संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको उल्लङ्घन भएमा तपाईंलाई सूचित गर्न बाध्य छौं। यस सूचनाले सामान्यतया स्वास्थ्य जानकारी कसरी, कहिले, र किन प्रयोग वा खुलासा गरिन्छ भन्ने कुरा स्पष्ट गर्दछ, साथै तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीसम्बन्धी गोपनीयता अधिकारहरूलाई वर्णन गर्दछ। यस सूचनामा, हामी स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग तथा खुलासालाई हाम्रो “गोपनीयता अभ्यास” भनेर उल्लेख गरेका छौं। संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी सामान्यतया हामीले सिर्जना वा प्राप्त गरेको त्यस्तो जानकारीलाई जनाउँछ जसले तपाईंलाई पहिचान गर्दछ, र तपाईंको विगत, वर्तमान वा भविष्यको स्वास्थ्य स्थिति वा उपचार, वा स्वास्थ्य सेवाको प्रदाय वा भुक्तानीसँग सम्बन्धित हुन्छ। हामी तल उल्लेख गरिएको प्रभावकारी मितिदेखि यी गोपनीयता अभ्यासहरू पालना गर्न बाध्य छौं।

### यस सूचनाको पालना गर्ने पक्षहरू

हाम्रो सूचना संयुक्त सूचनाको रूपमा कार्य गर्दछ, र हामी यस सूचनाका सर्तहरू पालना गर्नेछौं। यस सूचनाले BJC Health तथा यसको पूर्ण स्वामित्वमा रहेका सहायक कम्पनीहरू, सम्बन्धित सुविधा केन्द्रहरू तथा कर्मचारीहरू (“BJC affiliated sites”) का गोपनीयता अभ्यासहरूलाई वर्णन गर्दछ, जसको सूची [BJC.org/patients-visitors/patient-privacy](http://BJC.org/patients-visitors/patient-privacy) मा उपलब्ध छ। यस सूचनाले Washington University School of Medicine तथा यसको पूर्ण स्वामित्वमा रहेका सहायक कम्पनीहरू, सम्बन्धित सुविधा केन्द्रहरू तथा कर्मचारीहरूको गोपनीयता अभ्यासहरूलाई पनि वर्णन गर्दछ। “कर्मचारी” भन्नाले यस सूचनाको अधीनमा पर्ने कुनै पनि संस्था वा सुविधा केन्द्रका स्वास्थ्य सेवा पेशेवरहरू, कर्मचारीहरू, तथा स्वयंसेवकहरूलाई जनाउँछ।

### यस सूचनामा परिवर्तनहरू

हामी हाम्रो गोपनीयता अभ्यासहरू तथा यस सूचनाका सर्तहरू परिवर्तन गर्ने अधिकार राख्छौं। यदि हामीले यस सूचनामा महत्वपूर्ण परिवर्तनहरू गरेका खण्डमा, तपाईंलाई संशोधित सूचना अनुरोध अनुसार उपलब्ध गराइनेछ र हाम्रो सेवा स्थलहरूमा टाँसिनेछ। हामी संशोधित सूचनालाई हाम्रो वेबसाइटहरूमा पनि प्रकाशित गर्नेछौं। हामीले गोपनीयता अभ्यासहरूमा गरेका कुनै पनि परिवर्तनहरूले हामीले अभिलेख राखेको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीलाई प्रभाव पार्नेछ।

तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी हामीले तपाईंको लिखित सहमति वा प्राधिकरण बिना नै प्रयोग गर्न र खुलासा गर्न सक्छौं।

## उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनका लागि

- **तपाईंको उपचारका लागि हामी** तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग गर्न र/वा खुलासा गर्न सक्छौं स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरू र अन्य कर्मचारीहरूलाई जो तपाईंको हेरचाहमा संलग्न छन् र जो तपाईंलाई चिकित्सा उपचार वा सेवाहरू प्रदान गर्नेछन्। उदाहरणका लागि, यदि तपाईंले शल्यक्रिया गर्नुभएको छ वा भर्खरै बच्चा जन्माउनुभएको छ भने, हामी तपाईंको घरमा सेवा व्यवस्था गर्न वा अस्पतालबाट छुट्टी भएपछि तपाईंको स्वास्थ्य जाँच गर्न घरेलु स्वास्थ्य सेवा एजेन्सीलाई सम्पर्क गर्न सक्छौं।
- **स्वास्थ्य सेवाहरूको भुक्तानीको लागि** हामीले तपाईंले हामीबाट प्राप्त गर्ने सेवाहरूको बिल भुक्तानी गर्न र प्राप्त गर्न तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग गर्न र/वा खुलासा गर्न सक्छौं। उदाहरणका लागि, हामी तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी हाम्रो बिलिङ वा दाबी विभागलाई प्रदान गर्न सक्छौं ताकि तपाईंलाई, तपाईंको बीमा कम्पनीलाई (मेडिकेयर वा मेडिकेड सहित), वा तपाईंको स्वास्थ्य सेवाको भुक्तानी गर्न जिम्मेवार अरू कुनै समूह वा व्यक्तिलाई बिल वा विवरण तयार गरी पठाउन सकियोस्।
- **हाम्रो स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनका लागि** हामी तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग गर्न वा खुलासा गर्न सक्छौं ताकि हाम्रो व्यवसाय सञ्चालन गर्न आवश्यक प्रशासनिक, आर्थिक, कानुनी र गुणस्तर सुधारसम्बन्धी गतिविधिहरू सम्पन्न गर्न सकियोस् तथा हाम्रो उपचार र भुक्तानीसम्बन्धी क्रियाकलापहरूलाई सहयोग पुगोस्। उदाहरणका लागि, हामी तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग गर्न र/वा खुलासा गर्न सक्छौं ताकि हाम्रा चिकित्सकहरू र कर्मचारीहरूको गुणस्तर तथा कार्यसम्पादनको मूल्यांकन गर्न, र हामीले प्रदान गर्ने सेवाहरूलाई सुधार गर्न सहयोग पुगोस्। विशेष रूपमा, हामी तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी चिकित्सकहरू, चिकित्सा वा अन्य स्वास्थ्य वा व्यवसायिक व्यावसायिकहरूलाई समीक्षा, परामर्श, तुलना र योजना बनाउनका लागि खुलासा गर्न सक्छौं। हामी तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी हाम्रा प्रशिक्षण कार्यक्रमहरूको सिलसिलामा र मान्यता प्राप्ति, प्रमाणीकरण, इजाजतपत्र प्राप्ति वा योग्यता प्रमाणीकरणसम्बन्धी क्रियाकलापहरूका लागि प्रयोग गर्न र खुलासा गर्न सक्छौं। थप रूपमा, हामी तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी लेखापरीक्षकहरू, लेखापालहरू, वकिलहरू, सरकारी नियामकहरू वा अन्य परामर्शदाताहरूलाई खुलासा गर्न सक्छौं ताकि हाम्रो कानूनको पालना मूल्यांकन गर्न र/वा सुनिश्चित गर्न सकियोस्, वा नियामक वा अन्य शासकीय निकायहरू वा न्यायिक निकायहरू समक्ष हाम्रो प्रतिनिधित्व गर्न सकियोस्।

## कानूनद्वारा अनुमति प्राप्त वा आवश्यक गतिविधिहरूको लागि

HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) ले हामीलाई तपाईंको लिखित अनुमति नलिईकन तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग गर्न र/वा खुलासा गर्न अनुमति दिने केही अवस्थाहरू छन्, जुन उपचार, भुक्तानी वा स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनबाहेक अन्य प्रयोजनका लागि हुन्छन्। कानूनले हामीलाई जानकारी प्रयोग तथा खुलासा गर्न अनिवार्य गरेको विशेष अवस्थाहरू (जस्तै स्वास्थ्य विभागमा जन्म सम्बन्धी रिपोर्ट गर्ने वा सामाजिक सेवामा दुर्व्यवहार वा उपेक्षा सम्बन्धी रिपोर्ट गर्ने) बाहेक, यस खण्डमा HIPAA द्वारा अनुमति दिइएका सबै प्रयोग तथा खुलासाहरू सूचीबद्ध गरिएका छन्। यी उद्देश्यका लागि तपाईंको जानकारी साझा गर्नु अघि हामीले कानूनमा धेरै सर्तहरू पूरा गर्नुपर्छ। थप जानकारीको लागि [hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html](https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html) हेर्नुहोस्।

**1. सार्वजनिक स्वास्थ्य गतिविधिहरू हामी** तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीलाई सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रयोजनका लागि खुलासा गर्न सक्छौं, जसमा निम्नानुसार समावेश छन्:

- अन्य कुराहरूका साथै, सरुवा रोगहरू र बाल दुर्व्यवहारको रिपोर्ट गर्न जानकारी सङ्कलन वा प्राप्त गर्न कानूनद्वारा अधिकृत सार्वजनिक स्वास्थ्य निकायलाई
- चिकित्सा उपकरण वा उत्पादनसँग सम्बन्धित घटनाहरू रिपोर्ट गर्न अमेरिकी खाद्य तथा औषधि प्रशासन (FDA) लाई
- सरुवा रोगको सम्पर्कमा आएको व्यक्तिलाई सूचित गर्न
- यदि हामी तपाईंको रोजगारदाताको निर्देशनमा कार्यस्थलको चोटपटकसँग सम्बन्धित हेरचाह प्रदान गर्दैछौं भने तपाईंको रोजगारदातालाई
- खोपको प्रमाण मागिएको खण्डमा तपाईंको विद्यालयमा

**2. सम्भावित वयस्क दुर्व्यवहार वा उपेक्षा रिपोर्ट** गर्न यदि हामीलाई कुनै बिरामी दुर्व्यवहार, उपेक्षा, वा घरेलु हिंसाको सिकार भएको विश्वास लागेमा, ती विषयहरूको रिपोर्ट प्राप्त गर्न कानूनद्वारा अधिकृत सरकारी निकायलाई हामी सूचित गर्न सक्छौं। केही परिस्थितिहरूमा, हामी त्यस्ता चिन्ताहरू रिपोर्ट गर्नु अघि तपाईंलाई सूचित गर्न सक्छौं।

**3. स्वास्थ्य निरीक्षण क्रियाकलापहरू** हामी तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीलाई स्वास्थ्य निरीक्षण गर्ने निकायलाई खुलासा गर्न सक्छौं, जुन निकायलाई कानूनद्वारा स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको अनुगमन गर्न र हाम्रो निश्चित कानूनहरूको पालना सुनिश्चित गर्न अधिकृत गरिएको हुन्छ।

**4. कानून कार्यान्वयन गतिविधिहरू हामी** तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी कानून कार्यान्वयन निकायको सबोना (subpoena), समन्स (summons), ग्रान्ड जूरी सबोना, प्रशासनिक अनुरोध, वारन्ट, अनुसन्धान माग, वा कुनै पीडित, संदिग्ध, फरार व्यक्ति, महत्वपूर्ण साक्षी, वा हराइरहेको व्यक्ति (मृत व्यक्तिहरू सहित) लाई पहिचान गर्न वा पत्ता लगाउन आवश्यक जानकारीको लागि गरिएको कानून कार्यान्वयन अधिकारीको अनुरोधको जवाफमा खुलासा गर्न सक्छौं। यसका साथै, हाम्रो परिसरमा घटेको अपराधको रिपोर्ट गर्न, वा हाम्रो आपतकालीन सेवाको आवश्यकता पर्न सक्ने अपराधको बारेमा जानकारी दिनका लागि पनि हामी यस्तो जानकारी खुलासा गर्न सक्छौं। यदि Washington University School of Medicine ले तपाईंको स्वास्थ्य अभिलेख खुलासा गर्न कानुनी रूपमा बाध्य पार्ने सबोना (subpoena), समन्स (summons), ग्रान्ड जूरी सबोना, अदालतको आदेश, प्रशासनिक अनुरोध, वारन्ट, वा अनुसन्धान माग प्राप्त गर्छ भने, त्यस संस्थालाई त्यसो गर्न अनुमति भएको अवस्थामा, कानून कार्यान्वयन निकायलाई तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गर्नु अघि तपाईंलाई सूचित गर्ने प्रयास गर्नेछ।

**5. न्यायिक तथा प्रशासनिक कार्यवाहीहरू** हामी तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीलाई न्यायिक वा प्रशासनिक कार्यवाहीको क्रममा समन (subpoena), अदालत वा प्रशासनिक ट्रिब्यूनलको आदेश, खोज अनुरोध, वा अन्य वैधानिक प्रक्रियाको जवाफमा खुलासा गर्न सक्छौं। Washington University School of Medicine ले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गर्नु अघि तपाईंलाई सूचित गर्ने प्रयास गर्नेछ, तर यदि विवादसँग सम्बन्धित अर्को पक्षले पहिले नै यस्तो सूचना दिएको छ र/वा उक्त विवादमा योग्य सुरक्षात्मक आदेशको छ भने, त्यस्तो अवस्थामा अलग रूपमा सूचना प्रदान नगरिन सक्छ।

**6. कोरोनर, मेडिकल परीक्षक, तथा अन्त्येष्टि निर्देशकहरू** हामी मृत व्यक्तिको पहिचान गर्न वा मृत्युको कारण निर्धारण गर्न कोरोनर, मेडिकल परीक्षक, तथा अन्त्येष्टि निर्देशकहरूलाई तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी खुलासा गर्न सक्छौं।

**7. अंग दान हामी तपाईंको** स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी अंग संकलन गर्ने संस्था वा अंग वा ऊतकहरूको संकलन, भण्डारण, र/वा प्रत्यारोपण सम्बन्धी प्रक्रियामा सहभागी हुने वा निर्णय गर्ने अन्य संस्थालाई खुलासा गर्न सक्छौं।

**8. अनुसन्धान उद्देश्यहरू हामी चिकित्सा,** सामाजिक, मनोवैज्ञानिक, र अन्य प्रकारका अनुसन्धानहरू सञ्चालन गर्छौं र भाग लिन्छौं। धेरैजसो मानव विषय अनुसन्धान परियोजनाहरू, जसमा स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग समावेश छ, एक विशेष स्वीकृति प्रक्रियाको अधीनमा हुन्छन् जसले प्रस्तावित अनुसन्धान परियोजना र स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोगको मूल्याङ्कन गर्दछ। यद्यपि, केही परिस्थितिहरूमा, हामीले अनुसन्धान परियोजना सञ्चालन गर्ने तयारी गरिरहेका अनुसन्धानकर्ताहरूलाई स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गर्न सक्छौं ताकि उनीहरूलाई अनुसन्धान परियोजना सञ्चालन गर्न सकिन्छ वा उपयोगी हुनेछ भनेर निर्धारण गर्न मद्दत होस्, जबसम्म उनीहरूले समीक्षा गर्ने स्वास्थ्य जानकारी हाम्रो परिसरबाट बाहिर निस्कँदैन। हाम्रा चिकित्सकहरूले तपाईंलाई क्लिनिकल अनुसन्धान परीक्षण (अनुसन्धानात्मक उपचार) मा भाग लिने अवसर प्रदान गर्न सक्छन् र अन्य अनुसन्धानकर्ताहरूले अनुसन्धान परियोजनाहरूमा भाग लिने तपाईंको रुचिको बारेमा तपाईंलाई सम्पर्क गर्न सक्छन्। अनुसन्धान परियोजनामा तपाईंको नामांकन तपाईंलाई अनुसन्धानको बारेमा जानकारी गराएपछि, प्रश्नहरू सोध्ने अवसर पाएपछि र सहमति फारममा हस्ताक्षर गरेपछि मात्र हुनेछ। विशेष समीक्षा प्रक्रियामार्फत स्वीकृत भएमा, तपाईंको सहमति बिना नै तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग गरेर अनुसन्धान गर्न सकिन्छ।

**9. व्यक्तिलाई वा सार्वजनिक सुरक्षालाई हानि हुनबाट जोगाउन यदि हामीलाई यस्तो जानकारी खुलासा गर्नु सार्वजनिक सुरक्षा वा** अन्य व्यक्तिको स्वास्थ्य वा सुरक्षामा गम्भीर खतरा वा हानि हुनबाट रोक्न वा कम गर्न आवश्यक छ भन्ने विश्वास लागेमा, हामी तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी खुलासा गर्न सक्छौं।

**10. विशेष सरकारी कार्य हामी तपाईंको** स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी विशेष सरकारी सुरक्षा आवश्यकताहरूका लागि, वा सुधार गृहले आवश्यक परेमा खुलासा गर्न सक्छौं।

**11. श्रमिक क्षतिपूर्तिका उद्देश्य हामी तपाईंको** स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी श्रमिक क्षतिपूर्ति कानून वा त्यसै जस्ता कार्यक्रमहरूको पालना गर्नका लागि खुलासा गर्न सक्छौं।

**12. व्यवसायिक साझेदारहरूलाई हामी तपाईंको** स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी हाम्रा “व्यवसायिक साझेदार” हरूसँग खुलासा गर्न सक्छौं, जसले हामीलाई सेवा प्रदान गर्ने व्यक्तिहरू वा कम्पनीहरू हुन्। उदाहरणका लागि, व्यापारिक सहयोगीमा हाम्रो लागि बिलिड दावीहरू व्यवस्थापन गर्ने कम्पनी, अपोइन्टमेन्टहरूको बारेमा तपाईंलाई रिमाइन्डरहरू पठाउन मद्दत गर्ने सफ्टवेयर

विक्रेता र अन्य सेवा प्रदायकहरू समावेश हुनेछन्। हामीलाई व्यावसायिक सहयोगीहरूले तपाईंको जानकारी सुरक्षित राख्न आवश्यक छ। [n|t1;t|c;](#)

**13. स्वास्थ्य-सम्बन्धित उत्पादनहरू वा सेवाहरूको बारेमा तपाईंलाई जानकारी गराउन हामी तपाईंलाई चिकित्सा भेटघाट वा अन्य निर्धारित सेवाहरूको लागि सम्पर्क गर्न, वा तपाईंलाई उपचार विकल्पहरू वा अन्य स्वास्थ्य-सम्बन्धित लाभहरू र सेवाहरूको बारेमा जानकारी प्रदान गर्न तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग वा खुलासा गर्न सक्छौं।**

**14. नाबालकका अभिभावक वा कानुनी संरक्षकलाई** जब कुनै बिरामी स्वतन्त्र नभएको नाबालक हुन्छ, हामी उक्त नाबालकको स्वास्थ्य जानकारी बिरामीका अभिभावक वा संरक्षकसँग साझा गर्न सक्छौं, जबसम्म कानूनले यसलाई रोक्दैन।

**15. बिलिङ् र सङ्कलनका उद्देश्य हामी प्रदान गरिएको** सेवाको भुक्तानी प्राप्त गर्नको लागि तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी प्रयोग वा खुलासा गर्न सक्छौं। तपाईंलाई वायरलेस नम्बरहरू सहित तपाईंसँग सम्बन्धित कुनै पनि टेलिफोन नम्बरमा मेल वा टेलिफोन मार्फत सम्पर्क गर्न सकिन्छ। टेलिफोन कलहरू पूर्व-रेकर्ड गरिएको वा कृत्रिम आवाज सन्देशहरू र/वा स्वचालित डायलिङ् उपकरण ("अटोडायलर") प्रयोग गरेर गर्न सकिन्छ। कानूनद्वारा आवश्यक पर्ने कुनै पनि सन्देश जानकारी (ऋण सङ्कलन कानून सहित) र/वा तपाईंले तिर्नुपर्ने रकम सम्बन्धी जानकारी सहित, सन्देशहरू उत्तर दिने मेसिन वा भाइसमेलमा छोड्न सकिन्छ। तपाईंले प्रदान गर्नुभएको कुनै पनि इमेल ठेगाना प्रयोग गरेर पठाइएका टेक्स्ट सन्देशहरू वा इमेलहरू पनि तपाईंलाई सम्पर्क गर्न प्रयोग गर्न सकिन्छ।

**16. कोष सङ्कलनका उद्देश्य** हामी तपाईंलाई सम्पर्क गर्नको लागि तपाईंको जनसांख्यिकीय जानकारी प्रयोग वा खुलासा गर्न सक्छौं, जसमा नाम, ठेगाना, अन्य सम्पर्क जानकारी, उमेर, लिङ्ग, जन्म मिति; हामीबाट स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गरेका मिति; सेवा विभागको जानकारी; उपचार गर्ने चिकित्सकको जानकारी; र नतिजासम्बन्धी जानकारी समावेश हुन्छ, ताकि हामी हाम्रो स्वास्थ्य सेवा क्रियाकलापलाई जारी राख्न वा विस्तार गर्न कोष सङ्कलन गर्न सकौं। तपाईंसँग यी कोष सङ्कलन सञ्चारहरूबाट बाहिरिने अधिकार छ। यदि तपाईं हाम्रो कोष सङ्कलन प्रयासको भागको रूपमा सम्पर्क गर्न चाहनुहुन्न भने, कृपया यस सूचनाको सम्पर्क खण्डमा सूचीबद्ध व्यक्ति(हरू) लाई सम्पर्क गर्नुहोस्। यदि तपाईंले हाम्रो कोष सङ्कलन प्रयासको भागको रूपमा सम्पर्क गर्न चाहनुहुन्न भने, हामी त्यो निर्णयमा सेवा वा भुक्तानीको शर्त राख्दैनौं।

कृपया ध्यान दिनुहोस् कि यदि हामीले 42 CFR Part 2 ("Part 2 Records") को अधीनमा रहेका कार्यक्रमहरूबाट तपाईंको पदार्थ प्रयोग सम्बन्धी रोग को निदान, भविष्यवाणी (prognosis), वा उपचारसँग सम्बन्धित जानकारी प्राप्त गर्यौं भने, तपाईंले यस खुलासाको लागि लिखित सहमति प्रदान नगरेको वा तपाईंलाई वा हामीलाई (Part 2 Record को कानुनी धारकको रूपमा) सुत्रे अवसर र सूचना दिइएको अदालतको आदेश नभएको खण्डमा, हामी तपाईंको Part 2 Records प्रयोग वा खुलासा गर्नेछैनौं, वा कुनै पनि नागरिक, आपराधिक, प्रशासनिक, वा विधायिक प्रक्रियामा तपाईंविरुद्ध तपाईंको Part 2 Records को सामग्री सम्बन्धी साक्ष्य प्रदान गर्ने छैनौं। अनुरोध गरिएको जानकारी प्रयोग वा खुलासा गर्नु अघि यस जानकारीको प्रयोग वा खुलासा गर्न अधिकार दिने अदालतको आदेशसँगै समन वा अन्य कानुनी आवश्यकताहरू समावेश हुनुपर्छ जसमा खुलासा गर्न बाध्यकारी व्यवस्था गरिएको हुनुपर्छ।

BJC Health ले 42 CFR भाग 2 कार्यक्रम सञ्चालन गर्दछ। यस कार्यक्रमको गोपनीयता अभ्यासको सूचनासँग सम्बन्धित थप जानकारी [BJCBehavioralHealth.org](http://BJCBehavioralHealth.org) मा उपलब्ध छ।

## तपाईंको प्राथमिकताले हाम्रो प्रयोग वा प्रकटीकरणलाई कहिले निर्देशित गर्नेछ

- सुविधा निर्देशिकामा तपाईंको नाम, सुविधामा तपाईंको स्थान, तपाईंको सामान्य अवस्था जस्तै निष्पक्ष, स्थिर, आदि, र तपाईंको धार्मिक सम्बद्धता (यदि तपाईंले प्रदान गर्नुभएको छ भने) समावेश हुन सक्छ। तपाईंले आफ्नो जानकारी सुविधा निर्देशिकामा प्रतिबन्धित गर्न चाहनुहुन्छ भनेर हामीलाई नभन्दासम्म, तपाईंलाई समावेश गरिनेछ र निर्देशिका जानकारी पादरीका सदस्यहरू वा नाम लिएर तपाईंलाई सोध्ने व्यक्तिहरूलाई खुलासा गर्न सकिन्छ।

- हामीले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी परिवारको सदस्य, अन्य नातेदार, साथी, वा तपाईंले पहिचान गर्नुभएको कुनै पनि अन्य व्यक्तिलाई खुलासा गर्न सक्छौं जो तपाईंको हेरचाहमा संलग्न छ वा तपाईंको हेरचाहसँग सम्बन्धित भुक्तानीमा संलग्न छ जबसम्म तपाईंले हामीलाई बताउनुहोस।

## तपाईंको लिखित अनुमति आवश्यक पर्ने प्रयोग र खुलासाहरू

- हामी तपाईंको लिखित अनुमति बिना मनोचिकित्सा नोटहरू खुलासा गर्ने छैनौं जबसम्म प्रयोग र खुलासालाई अन्यथा अनुमति दिइएको वा कानूनद्वारा आवश्यक छैन।
- तपाईंको लिखित अनुमति बिना, हामी तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको बिक्रीमा पर्ने कुनै पनि खुलासा गर्ने काममा संलग्न हुने छैनौं। सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको बिक्री तब हुन्छ जब हामीले, वा हामीसँग सिधा वा अप्रत्यक्ष रूपमा सम्झौता गरेको कुनै व्यक्तिले, तपाईंको सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको बदला भुक्तानी प्राप्त गर्छ।
- तपाईंको लिखित अनुमति बिना हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी मार्केटिंग उद्देश्यका लागि प्रयोग वा खुलासा गर्ने छैनौं। मार्केटिङ भनेको तेस्रो पक्षले प्रस्ताव गरेको उत्पादन वा सेवाको बारेमा तपाईंसँग कुराकानी गरेबापत तेस्रो पक्षबाट भुक्तानी प्राप्त गर्नु हो।

हाम्रो सूचनामा सामान्यतया वर्णन नगरिएका परिस्थितिहरूको लागि, तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग वा खुलासा गर्नु अघि हामी तपाईंको लिखित अनुमति माग्नेछौं। तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको भविष्यमा खुलासा रोक्नको लागि तपाईंले जुनसुकै बेला लिखित रूपमा त्यो अधिकारपत्र रद्द गर्न सक्नुहुन्छ। यद्यपि, पहिले खुलासा गरिएको जानकारी फिर्ता गर्न अनुरोध गरिने छैन न त तपाईंको खारेजीले तपाईंको अधिकारपत्रमा भर परेर हामीले पहिले नै गरेका कुनै पनि कार्यलाई असर गर्नेछ। यसको अतिरिक्त, यदि हामीले अनुसन्धान अध्ययनको सम्बन्धमा जानकारी सङ्कलन गरेका छौं भने, हामीलाई अनुसन्धान अध्ययनको अखण्डतालाई सुरक्षित राख्न आवश्यक पर्ने हदसम्म त्यो जानकारी प्रयोग र खुलासा गर्न अनुमति छ।

## तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी सम्बन्धी तपाईंको अधिकार

### स्वास्थ्य जानकारीको निश्चित प्रयोग र खुलासामा प्रतिबन्ध लगाउन अनुरोध गर्ने

तपाईंले लेखेर अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ कि हामी तपाईंको सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारीलाई तपाईंको उपचार, हाम्रो स्वास्थ्य सेवा भुक्तानी, वा हाम्रो स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनसँग सम्बन्धित गतिविधिहरूका लागि कसरी प्रयोग वा खुलासा गर्छौं भन्नेमा प्रतिबन्ध राखियोस्। तपाईंले आफ्नो हेरचाहमा संलग्न व्यक्तिलाई, जस्तै परिवार सदस्य वा साथीलाई, हामी कुन स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गर्न सक्छौं भन्नेमा प्रतिबन्ध राख्न पनि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। अनुरोध गर्नको लागि, कृपया यस सूचनाको अन्त्यमा दिइएका निर्देशनहरू हेर्नुहोस्।

हामीलाई सबै परिस्थितिहरूमा तपाईंको अनुरोधमा सहमत हुन आवश्यक छैन। यसका साथै, हामीले स्वीकृत गर्न सक्ने कुनै पनि प्रतिबन्धले कानून अन्तर्गत हामीलाई आवश्यक वा अनुमति दिइएको कुनै पनि प्रयोग वा खुलासालाई असर गर्ने छैन। यदि कानूनले खुलासा आवश्यक नगरेको छ र तपाईंले प्रतिबन्ध लगाउन चाहेको स्वास्थ्य जानकारी केवल त्यस्तो स्वास्थ्य सेवा वा वस्तुसँग सम्बन्धित छ, जसको लागि तपाईंले (वा तपाईंको तर्फबाट तपाईंको स्वास्थ्य योजना बाहेकको कुनै व्यक्तिले) पूरै भुक्तानी गर्नुभएको छ भने, हामी तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी तपाईंको स्वास्थ्य योजनालाई खुलासा नगर्ने अनुरोध स्वीकार गर्नुपर्छ।

### गोप्य सञ्चार अनुरोध गर्दै

हामीले तपाईंसँग सम्पर्क गर्ने तरिका वा हामीले तपाईंलाई सम्पर्क गर्न सक्ने स्थानमा परिवर्तनको लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले आफ्नो अनुरोध लिखित रूपमा गर्नुपर्छ। तल सम्पर्क जानकारी हेर्नुहोस्। हामी तपाईंको उचित अनुरोधलाई समायोजन गर्नेछौं, तर तपाईंको अनुरोध उचित छ कि छैन भनेर निर्धारण गर्दा, हामी यसले हामीमाथि लाद्र सक्ने प्रशासनिक कठिनाइलाई विचार गर्न सक्छौं।

### तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको निरीक्षण र प्रतिलिपिहरू प्राप्त गर्ने

तपाईंले आफ्नो स्वास्थ्य जानकारी हेर्न र/वा यसको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले आफ्नो अनुरोध लिखित रूपमा गर्नुपर्छ। तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको लागि अनुरोध गर्न, कृपया यस सूचनाको अन्त्यमा दिइएका निर्देशनहरू हेर्नुहोस्।

अनुरोध गरिएको स्वास्थ्य जानकारीको प्रतिलिपि बनाउन वा सारांश तयार गर्न हामी शुल्क लिन सक्छौं। हामी तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको अनुरोध प्राप्त गरेको 30 दिन भित्र तपाईंको अनुरोधमा प्रतिक्रिया दिनेछौं। यसमा तपाईंले अनुरोध गरेको जानकारी उपलब्ध गराउने, अनुरोध अस्वीकार गर्दा अस्वीकृतिको कारण लेखिएको पत्र प्रदान गर्ने, वा तपाईंलाई जानकारी दिने कि अनुरोध पूरा गर्न थप समय आवश्यक छ (जस्तै, तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी सजिलै पहुँचयोग्य नभएको वा जानकारी बाहिरको भण्डारण स्थानमा राखिएको अवस्थामा) समावेश हुनेछ।

## तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीमा परिवर्तन अनुरोध गर्दै

यदि तपाईंलाई आफ्नो स्वास्थ्य जानकारी गलत वा अपूर्ण लाग्छ भने, तपाईंले लिखित रूपमा आफ्नो स्वास्थ्य जानकारीमा सुधार वा संशोधनको लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। लागू राज्य कानून द्वारा आवश्यक नभएसम्म हामीलाई तपाईंको अनुरोधमा सहमत हुन आवश्यक छैन। लागू राज्य कानून अनुसार अनुरोध गरिएको अवस्थामा बाहेक हामी कुनै पनि परिस्थितिमा तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीमा रहेको मूल कागजातहरू मेटाउने वा अन्यथा मेटाउने छैनौं। तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीमा संशोधन वा सुधारको लागि अनुरोध कसरी गर्ने भन्ने बारे निर्देशनहरू यस सूचनाको अन्त्यमा पाउन सकिन्छ।

## तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको खुलासाको लेखा अनुरोध गर्दै

तपाईंको अनुरोध अधिको छ वर्षमा हामीले गरेका केही प्रकारका खुलासाहरूको विवरणको लागि तपाईंले लिखित रूपमा अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। कानूनले धेरै सामान्य खुलासाहरूलाई लेखाजोखाबाट बाहिर राख्छ, जस्तै तपाईंको हेरचाह गर्न गरिएको खुलासा, तपाईंको स्वास्थ्य सेवाको भुक्तानी गर्न गरिएको खुलासा, वा तपाईंले खुलासा गर्न लिखित अनुमति प्रदान गरेको अवस्थामा गरिएको खुलासा।

लेखाको लागि अनुरोध गर्न, तलको सम्पर्क जानकारी हेर्नुहोस्। सामान्यतया, हामीलाई थप समय आवश्यक नपरेसम्म, तपाईंको अनुरोध प्राप्त भएको 60 दिन भित्र हामी तपाईंको अनुरोधको जवाफ दिनेछौं। तपाईं प्रति वर्ष एउटा मात्र लेखा परीक्षणको हकदार हुनुहुन्छ।

## तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी सम्बन्धी हाम्रा जिम्मेवारीहरू

### असुरक्षित संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको उल्लङ्घन पछि सूचना

तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको गोपनीयता वा सुरक्षामा सम्झौता भएको हुन सक्ने कुनै उल्लङ्घनमा तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी संलग्न भएको खण्डमा कानूनद्वारा हामीलाई तपाईंलाई सूचित गर्न आवश्यक छ।

### हाम्रो गोपनीयता अभ्यासहरूको सूचना प्राप्त गर्ने

हाम्रा गोपनीयता अभ्यासहरूको बारेमा व्याख्या गर्न र जानकारी गराउन हामीले तपाईंलाई हाम्रो सूचना प्रदान गर्न आवश्यक छ। यदि तपाईंले यो सूचना इलेक्ट्रोनिक रूपमा अनुरोध गर्नुभएको छ भने पनि, तपाईंले कुनै पनि समयमा कागजी प्रतिलिपि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले हाम्रो वेबसाइटहरू [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), र [physicians.washu.edu/for-patients/for-your-protection/](http://physicians.washu.edu/for-patients/for-your-protection/) मा पनि यो सूचनाको प्रतिलिपि हेर्न वा प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ।

## गुनासोहरू

तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको गोपनीयता सम्बन्धी कुनै पनि चिन्तालाई सम्बोधन गर्ने अवसरको हामी स्वागत गर्दछौं। यदि तपाईंलाई लाग्छ कि तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको गोपनीयता उल्लङ्घन भएको छ भने, तपाईं यस सूचनाको सम्पर्क खण्डमा सूचीकृत व्यक्तिहरूसँग उजुरी दर्ता गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं अमेरिकी स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (U.S. Department of Health and Human Services), नागरिक अधिकार कार्यालय (Office for Civil Rights) मा पनि उजुरी दर्ता गर्न सक्नुहुन्छ। यसको लागि तपाईंले पत्र पठाउन सक्नुहुन्छ: 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, कल गर्न सक्नुहुन्छ: 877-696-6775, वा वेबसाइटमा जान सक्नुहुन्छ: [hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html](http://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html)।

हामी वा नागरिक अधिकार कार्यालयमा उजुरी दर्ता गरेकोमा हामी तपाईं विरुद्ध बदला लिने छैनौं।

लागू हुने मिति: फेब्रुअरी 16, 2026

## सम्पर्क जानकारी

महत्त्वपूर्ण कुरा के हो भने, अनुरोध वा उजुरी तपाईंको गोपनीयता सम्बन्धी चिन्ता उत्पन्न भएको अस्पताल वा कार्यालयमा नै गर्नु आवश्यक छ। एउटा प्रदायकलाई गरिएको कुनै पनि अनुरोध वा गुनासो यस संयुक्त सूचनाले समेटेका वा सम्बोधन गरिएका अन्य कुनै पनि प्रदायकसँग दायर गरिएको मानिने छैन।

## BJC स्वास्थ्य सम्बद्ध अस्पताल, सुविधाहरू, र प्रदायकहरूको सम्पर्क जानकारी:

• यस सूचनाबारे प्रश्नहरू, हाम्रो गोपनीयता अभ्यास (Privacy Practices) सम्बन्धी चिन्ता रिपोर्ट गर्न, वा BJC Health का गोपनीयता अभ्यास सम्बन्धी उजुरी दर्ता गर्न, कृपया तल दिइएका कुनै पनि माध्यमबाट गोपनीयता अधिकृत (Privacy Officer) सँग सम्पर्क गर्नुहोस्।

### BJC Health — Privacy Officer

4901 Forest Park Ave., Suite 1140

Mailstop: 90-75-571

St. Louis, MO 63108

314-362-4855

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

## BJC हेल्थकेयरको लागि:

- BJC HealthCare सँग सम्बद्ध अस्पताल वा प्रदायकबाट आफ्नो स्वास्थ्य जानकारी हेर्न वा त्यसको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न, तपाईं 314-362-3935 मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ वा [BJC.org](http://BJC.org) मा गई तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी राखिएको सम्बन्धित संस्थाको मेडिकल रेकर्ड विभागसँग सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ।
- BJC HealthCare सँग सम्बद्ध अस्पताल वा प्रदायकद्वारा राखिएको तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीमा संशोधन वा सुधार अनुरोध गर्न, कृपया [enterprise\\_mpi\\_maintenance@bjc.org](mailto:enterprise_mpi_maintenance@bjc.org) मा इमेल गर्नुहोस् वा 314-273-2468 मा फोन गर्नुहोस्।
- BJC HealthCare सँग सम्बद्ध अस्पताल तथा प्रदायकद्वारा तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोगमा प्रतिबन्ध अनुरोध गर्न, कृपया [HIM\\_DMOPS\\_ROI@bjc.org](mailto:HIM_DMOPS_ROI@bjc.org) मा इमेल गर्नुहोस्।
- BJC HealthCare सँग सम्बद्ध अस्पताल तथा प्रदायकद्वारा गरिएको जानकारी खुलासाको विवरण अनुरोध गर्न, कृपया [disclosure\\_management\\_legal@bjc.org](mailto:disclosure_management_legal@bjc.org) मा इमेल गर्नुहोस् वा 314-454-4997 मा फोन गर्नुहोस्।

## सेन्ट लुकको लागि:

- तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी हेर्न वा त्यसको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न Saint Luke's Health System बाट, तपाईं मेडिकल रेकर्ड/सूचना जारी गर्ने (Medical Records/Release of Information) विभागसँग [roi@saint-lukes.org](mailto:roi@saint-lukes.org) मा इमेल गरेर वा वेबसाइटमा गएर: [saintlukeskc.org/medical-records](http://saintlukeskc.org/medical-records) सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ।
- तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीमा सुधार वा संशोधनको अनुरोध गर्न Saint Luke's Health System द्वारा राखिएको स्वास्थ्य जानकारीमा सुधार वा संशोधनको लागि, कृपया फर्म पूरा गरी वेबसाइट: [saintlukeskc.org/medical-records](http://saintlukeskc.org/medical-records) बाट प्राप्त गर्नुहोस् र ईमेलमार्फत पठाउनुहोस्: [amendments@saintlukeskc.org](mailto:amendments@saintlukeskc.org)।
- सेन्ट लुकका सम्बद्ध अस्पतालहरू र प्रदायकहरूद्वारा तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोगमा प्रतिबन्धको अनुरोध गर्न, कृपया मेडिकल रेकर्ड्सलाई [roi@saint-lukes.org](mailto:roi@saint-lukes.org) मा सम्पर्क गर्नुहोस्;
- खुलासाहरूको लेखाजोखा अनुरोध गर्न Saint Luke's Health System द्वारा गरिएको खुलासाहरूको लेखाजोखा प्राप्त गर्न, कृपया मेडिकल रेकर्ड विभागसँग [roi@saint-lukes.org](mailto:roi@saint-lukes.org) मार्फत सम्पर्क गर्नुहोस्।

## वाशिंगटन युनिभर्सिटी स्कूल अफ मेडिसिन वा यसका प्रदायकहरूको सम्पर्क जानकारी:

• यस सूचनाको बारेमा प्रश्नहरू, हाम्रो गोपनीयता अभ्यासहरूको बारेमा चिन्ताहरू, वा वाशिंगटन युनिभर्सिटी स्कूल अफ मेडिसिन वा यसका प्रदायकहरूको बारेमा गुनासो दर्ता गर्न, तपाईंले तल सूचीबद्ध कुनै पनि माध्यमबाट गोपनीयता अधिकारीलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ:

### वासिङटन युनिभर्सिटी स्कूल अफ मेडिसिन — गोपनीयता अधिकारी

660 S. Euclid Ave.

MSC 8095-02-01

St. Louis, MO 63110

866-747-4975

इमेल: HIPAA@wustl.edu

- **वाशिंगटन युनिभर्सिटी स्कूल अफ मेडिसिन प्रदायकबाट तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी** हेर्न वा यसको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न, कृपया [physicians.washu.edu/for-patients/medical-records-request/](https://physicians.washu.edu/for-patients/medical-records-request/) मा पाइने निर्देशनहरू पालना गर्नुहोस्। तपाईंले 314-273-0453 मा Washington University Health Information Release Service लाई पनि सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ।
- **Washington University School of Medicine का प्रदायकद्वारा राखिएको आफ्नो स्वास्थ्य जानकारीमा संशोधन वा सुधार** अनुरोध गर्न, कृपया [physicians.washu.edu/for-patients/medical-records-request/](https://physicians.washu.edu/for-patients/medical-records-request/) मा दिइएका निर्देशनहरू पालना गर्नुहोस् वा Washington University School of Medicine Health Information Management लाई इमेल HIM@wustl.edu मा वा फोन 314-273-1986 मा सम्पर्क गर्नुहोस्।
- **Washington University School of Medicine का प्रदायकद्वारा तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोगमा प्रतिबन्ध** अनुरोध गर्न, कृपया Washington University School of Medicine HIPAA Privacy Office लाई 866-747-4975 मा वा HIPAA@wustl.edu मा इमेल गरेर सम्पर्क गर्नुहोस्।
- **Washington University School of Medicine का प्रदायकद्वारा तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोगमा प्रतिबन्ध** अनुरोध गर्न, कृपया Washington University School of Medicine HIPAA Privacy Office लाई 866-747-4975 मा वा [HIPAA@wustl.edu](mailto:HIPAA@wustl.edu) मा इमेल गरेर सम्पर्क गर्नुहोस्।

यस सूचनाको अधीनमा रहेका संस्थाहरू निम्न लिङ्कमा उपलब्ध छन्:

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