**की सूचना**

**गोपनीयता व्यवहार**

यह नोटिस बताता है कि आपके बारे में चिकित्सा जानकारी का उपयोग और खुलासा कैसे किया जा सकता है और आप इस जानकारी तक कैसे पहुंच सकते हैं। कृपया इसकी सावधानीपूर्वक समीक्षा करें। यदि आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया इस नोटिस के नीचे दिए गए पते या फ़ोन नंबर पर हमारे गोपनीयता अधिकारी से संपर्क करें।

**Incyte निदान स्थान**

* मुख्य लैब: 13103 ई मैन्सफील्ड, स्पोकेन वैली, डब्ल्यूए 99216
* क्लिनिकल लैब: 15912 ई मैरिएटा एवेन्यू, सुइट बी, स्पोकेन वैली, डब्ल्यूए 99216
* मिसौला लैब: 500 डब्ल्यू ब्रॉडवे सेंट, मिसौला, एमटी 59802
* रिचलैंड लैब: 221 वेल्सियन वे, रिचलैंड, डब्ल्यूए 99352
* टुकविला लैब: 2811 दक्षिण 102 वें सेंट, सुइट 170, टुकविला, डब्ल्यूए 98168
* अन्य सभी स्थानों के लिए कृपया संदर्भ लें: <https://www.incytediagnostics.com/about/notice-of-privacy-practices/>

*अस्पताल के भीतर काम करने वाले पैथोलॉजिस्ट और कर्मचारी उस संस्था की गोपनीयता प्रथा का पालन करेंगे*

**आपके अधिकार**

जब आपकी स्वास्थ्य जानकारी की बात आती है, तो आपके पास कुछ अधिकार होते हैं। यह खंड आपके अधिकारों और आपकी मदद करने के लिए हमारी कुछ जिम्मेदारियों की व्याख्या करता है।

• अपने मेडिकल रिकॉर्ड की एक इलेक्ट्रॉनिक या पेपर कॉपी प्राप्त करें

* आप अपने मेडिकल रिकॉर्ड और हमारे पास आपके बारे में मौजूद अन्य स्वास्थ्य जानकारी की इलेक्ट्रॉनिक या पेपर कॉपी देखने या प्राप्त करने के लिए कह सकते हैं। हमसे पूछें कि यह कैसे करना है।
* हम आमतौर पर आपके अनुरोध के 15 व्यावसायिक दिनों के भीतर आपकी स्वास्थ्य जानकारी की एक प्रति या सारांश प्रदान करेंगे। हम एक उचित, लागत-आधारित शुल्क ले सकते हैं। आरसीडब्ल्यू 70.02.80, डब्ल्यूएसी 246-08-400

• हमें अपने मेडिकल रिकॉर्ड को सही करने के लिए कहें

* आप हमें अपने बारे में स्वास्थ्य जानकारी को सही करने के लिए कह सकते हैं जो आपको लगता है कि गलत या अधूरी है। हमसे पूछें कि यह कैसे करना है।
* हम आपके अनुरोध को "नहीं" कह सकते हैं, लेकिन हम आपको 60 कार्य दिवसों के भीतर लिखित रूप में इसका कारण बताने का प्रयास करेंगे.

• गोपनीय संचार का अनुरोध करें

* आप हमें किसी विशिष्ट तरीके से आपसे संपर्क करने के लिए कह सकते हैं (उदाहरण के लिए, घर या कार्यालय का फ़ोन) या किसी भिन्न पते पर मेल भेजने के लिए।
* आपको अपने इलाज करने वाले चिकित्सक से इन अनुरोधों को उस समय रिले करने के लिए कहना चाहिए जब एक नमूना प्रसंस्करण के लिए प्रयोगशाला में भेजा जाता है। हम सभी उचित अनुरोधों के लिए "हां" कहेंगे।

• हम जो उपयोग करते हैं या साझा करते हैं उसे सीमित करने के लिए हमसे पूछें

* आप हमें उपचार, भुगतान या हमारे संचालन के लिए कुछ स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या साझा नहीं करने के लिए कह सकते हैं।
  + नोट: हमें आपके अनुरोध से सहमत होने की आवश्यकता नहीं है, और हम "नहीं" कह सकते हैं यदि यह आपकी देखभाल को प्रभावित करेगा।
* यदि आप किसी सेवा के लिए अपनी जेब से पूरा भुगतान करते हैं, तो आप हमें भुगतान के उद्देश्य से या अपने स्वास्थ्य बीमाकर्ता के साथ हमारे संचालन के लिए उस जानकारी को साझा नहीं करने के लिए कह सकते हैं।
  + नोट: यह सुनिश्चित करने के लिए कि हमें पूरा भुगतान करने की आपकी इच्छा से अवगत कराया गया है, अपने उपचार प्रदाता से नमूना प्रस्तुत करते समय हमें सूचित करने के लिए कहें। दावा प्रस्तुत करने से पहले अधिसूचित होने पर हम "हां" कहेंगे, जब तक कि कानून के लिए हमें उस जानकारी को साझा करने की आवश्यकता न हो।

• उन लोगों की सूची प्राप्त करें जिनके साथ हमने जानकारी साझा की है

* आप उस समय की एक सूची (लेखांकन) के लिए पूछ सकते हैं जब हमने आपकी स्वास्थ्य जानकारी को आपके द्वारा पूछे जाने की तारीख से छह साल पहले साझा किया है, हमने इसे किसके साथ साझा किया है, और क्यों।
* हम उपचार, भुगतान और स्वास्थ्य देखभाल संचालन, और कुछ अन्य प्रकटीकरण (जैसे कि आपने हमसे कोई भी प्रकटीकरण करने के लिए कहा) को छोड़कर सभी प्रकटीकरण शामिल करेंगे। हम प्रति वर्ष एक लेखांकन नि: शुल्क प्रदान करेंगे, लेकिन यदि आप 12 महीनों के भीतर एक और मांगते हैं तो एक उचित, लागत-आधारित शुल्क लेंगे।

• इस गोपनीयता सूचना की एक प्रति प्राप्त करें

* आप किसी भी समय इस नोटिस की कागजी प्रति मांग सकते हैं। हम आपको तुरंत एक पेपर कॉपी प्रदान करेंगे।

• आपके लिए कार्य करने के लिए किसी को चुनें

* यदि आपने किसी को मेडिकल पावर ऑफ अटॉर्नी दी है, या यदि कोई आपका कानूनी अभिभावक है, तो वह व्यक्ति आपके अधिकारों का प्रयोग कर सकता है और आपकी स्वास्थ्य जानकारी के बारे में चुनाव कर सकता है। हम यह सुनिश्चित करेंगे कि व्यक्ति के पास अधिकार है और कोई भी कार्रवाई करने से पहले वह आपके लिए कार्य कर सकता है।

• अगर आपको लगता है कि आपके अधिकारों का उल्लंघन हुआ है तो शिकायत दर्ज करें

* आप शिकायत कर सकते हैं यदि आपको लगता है कि हमने इस नोटिस के नीचे दी गई जानकारी का उपयोग करके हमसे संपर्क करके आपके अधिकारों का उल्लंघन किया है।
* आप 200 इंडिपेंडेंस एवेन्यू, SW, वाशिंगटन, डीसी 20201 को एक पत्र भेजकर, 1-877-696-6775 पर कॉल करके, या www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ पर जाकर अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवा कार्यालय में नागरिक अधिकारों के लिए शिकायत दर्ज कर सकते [हैं](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

**आपकी पसंद**

कुछ स्वास्थ्य संबंधी जानकारी के लिए, हम जो साझा करते हैं उसके बारे में आप हमें अपनी पसंद बता सकते हैं. यदि आपके पास नीचे वर्णित स्थितियों में आपकी जानकारी साझा करने के तरीके के लिए स्पष्ट प्राथमिकता है, तो हमसे बात करें। हमें बताएं कि आप हमसे क्या करवाना चाहते हैं, और हम आपके निर्देशों का पालन करेंगे।

* शिकायत दर्ज कराने के लिए हम आपके खिलाफ जवाबी कार्रवाई नहीं करेंगे।

• निम्नलिखित मामले में, आपके पास हमें यह बताने का अधिकार और विकल्प दोनों हैं:

* अपने परिवार, करीबी दोस्तों, या आपकी देखभाल में या आपदा राहत स्थिति में शामिल अन्य लोगों के साथ जानकारी साझा करें।
  + *यदि आप अपनी पसंद बताने में सक्षम नहीं हैं, उदाहरण के लिए, यदि आप बेहोश हैं, तो हम आगे बढ़ सकते हैं और आपकी जानकारी साझा कर सकते हैं यदि हमें लगता है कि यह आपके सर्वोत्तम हित में है। स्वास्थ्य और सुरक्षा के लिए एक गंभीर और आसन्न खतरे को कम करने के लिए आवश्यक होने पर हम आपकी जानकारी भी साझा कर सकते हैं।*

• हम आपकी जानकारी को कभी भी साझा नहीं करेंगे जब तक कि आप हमें विपणन उद्देश्यों या आपकी जानकारी की बिक्री के लिए इसका उपयोग करने की लिखित अनुमति नहीं देते।

प्रभावी जनवरी 1, 2025

**हमारे उपयोग और प्रकटीकरण**

हम आमतौर पर आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या साझा कैसे करते हैं? हम आम तौर पर निम्नलिखित तरीकों से आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या साझा करते हैं।

• अपने उपचार प्रदाता को नैदानिक जानकारी प्रदान करने के लिए

* हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग कर सकते हैं और इसे अन्य पेशेवरों के साथ साझा कर सकते हैं जो आपका इलाज कर रहे हैं या आपके उपचार से संबंधित अतिरिक्त नैदानिक जानकारी प्रदान कर रहे हैं। उदाहरण: आपका इलाज करने वाला डॉक्टर हमारे रोगविज्ञानी में से एक से नैदानिक परीक्षण के परिणामों के बारे में पूछता है जो हमारी प्रयोगशाला में पूरा हुआ था।

• हमारे संगठन को चलाएं

* हम अपना अभ्यास चलाने, आपकी देखभाल में सुधार करने और आवश्यक होने पर आपसे संपर्क करने के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग और साझा कर सकते हैं।
  + उदाहरण: हम आपको प्रदान किए गए नैदानिक परीक्षण को प्रबंधित करने के लिए आपके बारे में स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग करते हैं.

• हमारी सेवाओं के लिए बिल

* हम बिल के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग और साझा कर सकते हैं और स्वास्थ्य योजनाओं या अन्य संस्थाओं से भुगतान प्राप्त कर सकते हैं।
  + उदाहरण: हम आपकी स्वास्थ्य बीमा योजना को आपके बारे में जानकारी देते हैं ताकि यह हमारी सेवाओं के लिए भुगतान करे।

**हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या साझा कैसे कर सकते हैं?**

हमें आपकी जानकारी को अन्य तरीकों से साझा करने की अनुमति है या आवश्यक है - आमतौर पर उन तरीकों से जो सार्वजनिक स्वास्थ्य और अनुसंधान जैसे सार्वजनिक भलाई में योगदान करते हैं। इन उद्देश्यों के लिए जानकारी साझा करने से पहले हमें कानून की कई शर्तों को पूरा करना होगा।

अधिक जानकारी के लिए देखें: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

• सार्वजनिक स्वास्थ्य और सुरक्षा के मुद्दों में मदद करें

* हम कुछ स्थितियों के लिए आपके बारे में स्वास्थ्य जानकारी साझा कर सकते हैं जैसे:
  + बीमारी को रोकना, उत्पाद को वापस बुलाने में मदद करना और किसी के स्वास्थ्य और सुरक्षा के लिए गंभीर खतरे को रोकना या कम करना

• अनुसंधान करें

* हम स्वास्थ्य अनुसंधान के लिए आपकी जानकारी का उपयोग या साझा कर सकते हैं (आपकी सूचित सहमति के साथ)।

• कानून का पालन करें

* यदि राज्य या संघीय कानूनों को इसकी आवश्यकता होती है, तो हम आपके बारे में जानकारी साझा करेंगे, जिसमें स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग शामिल है यदि वे यह देखना चाहते हैं कि हम संघीय गोपनीयता कानूनों का अनुपालन कर रहे हैं।

• अंग और ऊतक दान अनुरोधों का जवाब दें

* हम अंग खरीद संगठनों के साथ आपके बारे में स्वास्थ्य जानकारी साझा कर सकते हैं।

• एक चिकित्सा परीक्षक या अंतिम संस्कार निदेशक के साथ काम करें

* हम एक कोरोनर, चिकित्सा परीक्षक, या अंतिम संस्कार निदेशक के साथ स्वास्थ्य जानकारी साझा कर सकते हैं जब कोई व्यक्ति मर जाता है।

• श्रमिकों के मुआवजे, कानून प्रवर्तन और अन्य सरकारी अनुरोधों को संबोधित करें

* हम आपके बारे में स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या साझा कर सकते हैं:
  + श्रमिकों के मुआवजे के दावों के लिए
  + कानून प्रवर्तन उद्देश्यों के लिए या कानून प्रवर्तन अधिकारी के साथ
  + कानून द्वारा अधिकृत गतिविधियों के लिए स्वास्थ्य निरीक्षण एजेंसियों के साथ
  + सैन्य, राष्ट्रीय सुरक्षा और राष्ट्रपति सुरक्षा सेवाओं जैसे विशेष सरकारी कार्यों के लिए

• मुकदमों और कानूनी कार्रवाई का जवाब दें

* हम अदालत या प्रशासनिक आदेश के जवाब में, या एक सम्मन के जवाब में आपके बारे में स्वास्थ्य जानकारी साझा कर सकते हैं।

नोट: प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल सूचना- हमें आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या खुलासा करने की अनुमति नहीं है, जिसमें आपराधिक, नागरिक, या प्रशासनिक जांच करने, दायित्व लागू करने, या प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल की मांग, प्राप्ति, प्रदान करने या सुविधा प्रदान करने के कार्य के लिए किसी भी व्यक्ति की पहचान करने के लिए जो उस परिस्थिति में वैध था जिसमें इसे प्रदान किया गया था। एक उदाहरण के रूप में, यदि किसी अन्य राज्य के निवासी ने वाशिंगटन में प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त की है, और वाशिंगटन में ऐसी देखभाल वैध थी, लेकिन व्यक्ति के निवास स्थान में नहीं, तो हम किसी इकाई या व्यक्ति को व्यक्ति की संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी प्रदान नहीं कर सकते थे जो प्रदान की गई प्रजनन देखभाल या प्रदाता या प्राप्तकर्ता की जांच करना चाहती है।

• विशेष नोट्स

* हम अस्पताल/रोगी निर्देशिका नहीं बनाते या प्रबंधित नहीं करते हैं।
* हम अपने किसी भी स्थान पर मनोचिकित्सा नोट्स नहीं बनाते या बनाए नहीं रखते हैं।

**हमारी जिम्मेदारियां**

• हमें आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी की गोपनीयता और सुरक्षा बनाए रखने के लिए कानून द्वारा आवश्यक है।

• यदि कोई उल्लंघन होता है जिसने आपकी जानकारी की गोपनीयता या सुरक्षा से समझौता किया हो सकता है तो हम आपको तुरंत सूचित करेंगे।

• हमें इस नोटिस में वर्णित कर्तव्यों और गोपनीयता प्रथाओं का पालन करना चाहिए और अनुरोध किए जाने पर आपको इसकी एक प्रति देनी चाहिए।

• हम यहां वर्णित के अलावा आपकी जानकारी का उपयोग या साझा नहीं करेंगे जब तक कि आप हमें यह नहीं बताते कि हम लिखित रूप में कर सकते हैं। यदि आप हमें बताते हैं कि हम कर सकते हैं, तो आप किसी भी समय अपना मन बदल सकते हैं। यदि आप अपना विचार बदलते हैं तो हमें लिखित रूप में बताएं।

* अधिक जानकारी के लिए देखें: www.hhs.gov/ocr/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html
* इस नोटिस की शर्तों में परिवर्तन
  + हम इस नोटिस की शर्तों को बदल सकते हैं, और परिवर्तन हमारे पास आपके बारे में मौजूद सभी जानकारी पर लागू होंगे। नया नोटिस अनुरोध पर, हमारे कार्यालय में और हमारी वेबसाइट पर उपलब्ध होगा।
* संपर्क: Tiris J Mjelde, गोपनीयता अधिकारी / 13103 ई मैन्सफील्ड, स्पोकेन वैली, WA 99216 / फोन: (509) 892-2700 / ईमेल: HIPAA@incdx.com

प्रभावी जनवरी 1, 2025