

गोपनीयता संबंधी सबसे अच्छे तरीकों की सूचना
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (Hindi)

A. इस नोटिस से पता चलता है कि आपके बारे में चिकित्सा संबंधी जानकारी का उपयोग और उसका खुलासा कैसे किया जा सकता है और आप इस जानकारी को कैसे एक्सेस कर सकते हैं। कृपया सावधानी से इसकी समीक्षा करें। गोपनीयता संबंधी तौर तरीकों की यह सूचना (सूचना) निम्नलिखित से आपको प्राप्त होने वाली देखभाल के बारे में सभी जानकारी पर लागू होती है:

- University of Michigan हेल्थ सिस्टम (University of Michigan Health System, UMHS) जिसमें हमारे अस्पताल, डॉक्टर, घरेलू स्वास्थ्य सेवाएं, फ़ार्मसी संबंधी सेवाएं, प्रयोगशाला सेवाएं और अन्य संबंधित स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता शामिल हैं
- University of Michigan के कुछ भाग जो स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं (UM प्रदाता) प्रदान करते हैं, जैसे विश्वविद्यालय स्वास्थ्य सेवा, University of Michigan दंत चिकित्सा विद्यालय (University of Michigan School of Dentistry) वगैरह।
- UMHS और इसकी संगठित स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था जहां UMHS एक संगठित स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था के हिस्से के रूप में गुणवत्ता सुधार और मूल्यांकन संबंधी गतिविधियों में भाग लेता है जहां प्रदाता आपकी देखभाल की गुणवत्ता में सुधार करने में मदद करने के लिए संयुक्त रूप से काम करते हैं। मौजूदा संगठित स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था के उदाहरण जिनमें UMHS भाग लेता है, वे <http://www.uofmhealth.org/patient+and+visitor+guide/ocha> पर उपलब्ध हैं।

उपरोक्त के अतिरिक्त, यह नोटिस University of Michigan के अन्य भागों पर भी लागू होता है जो UMHS और UM प्रदाताओं की स्वास्थ्य देखभाल संबंधी गतिविधियों का समर्थन करते हैं। ये सभी संस्थाएं इस नोटिस में बताए गए अनुसार उपचार, भुगतान या स्वास्थ्य देखभाल संबंधी गतिविधियों के लिए आपके स्वास्थ्य की जानकारी का उपयोग और उसे साझा कर सकती हैं।

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. This Notice of Privacy Practices (Notice) applies to all information about care that you receive from the following:

- University of Michigan Health System (UMHS) which includes our hospitals, doctors, home health services, pharmacy services, laboratory services, and other related health care providers
- Portions of the University of Michigan that provide health care services (UM Providers) such as University Health Service, the University of Michigan School of Dentistry, etc.
- UMHS and its organized health care arrangements where the UMHS participates in quality improvement and assessment activities as part of an organized health care arrangement where the providers work jointly to help improve the quality of your care. Examples of current Organized Health Care Arrangements in which the UMHS participates are available at <http://www.uofmhealth.org/patient+and+visitor+guide/ocha>

In addition to the above, this Notice applies to other portions of the University of Michigan that support the health care activities of UMHS and the UM providers. All of these entities may use and share your health information for treatment, payment or health care operations as described in this Notice.

B. हमें आपकी संरक्षित स्वास्थ्य संबंधी सूचना (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI) की सुरक्षा करना आवश्यक है। हम आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी की गोपनीयता की रक्षा के लिए प्रतिबद्ध हैं, जिसे “संरक्षित स्वास्थ्य संबंधी सूचना” या “PHI” कहा जाता है। PHI वह सूचना है जिसका उपयोग आपकी पहचान के लिए किया जा सकता है जिसे हमने आपके भूतकाल, वर्तमान या भविष्य के स्वास्थ्य या स्थिति, आपको प्रदान की गई स्वास्थ्य देखभाल के प्रावधान या आपको प्रदान की गई स्वास्थ्य देखभाल के भुगतान के बारे में बनाया या हासिल किया है। हमें अपनी गोपनीयता से जुड़े सबसे अच्छे तरीकों और आपके PHI का उपयोग और खुलासा कैसे, कब और क्यों करते हैं, यह बताने के लिए आपको यह नोटिस प्रदान करना आवश्यक है। सामान्य तौर पर, हम आपके PHI का उपयोग या उसका खुलासा उसके उपयोग या प्रकटीकरण के उद्देश्य को पूरा करने के लिए आवश्यक से अधिक नहीं कर सकते हैं, हालांकि इसमें कुछ अपवाद भी हैं। हमें कानूनी रूप से इस नोटिस में बताई गई गोपनीयता संबंधी तौर तरीकों का पालन करना और आपके असुरक्षित PHI के उल्लंघन के बाद आपको सूचित करना आवश्यक है।

WE ARE REQUIRED TO SAFEGUARD YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI).

We are committed to protecting the privacy of your health information, called “protected health information” or “PHI”. PHI is information that can be used to identify you that we have created or received about your past, present, or future health or condition, the provision of health care to you, or payment for health care provided to you. We are required to provide you with this notice to explain our privacy practices and how, when, and why we use and disclose your PHI. In general, we may not use or disclose any more of your PHI than is necessary to accomplish the purpose of the use or disclosure, although there are some exceptions. We are legally required to follow the privacy practices described in this notice and notify you following a breach of your unsecured PHI.

C. हम आपकी व्यक्तिगत जानकारी का उपयोग और उसका खुलासा कैसे करते हैं? हम अलग-अलग कारणों से PHI का उपयोग और उसका खुलासा करते हैं, और कुछ के लिए आपकी पहले से विशिष्ट अनुमति की आवश्यकता होती है। हमारे उपयोगों और खुलासों की विभिन्न श्रेणियों का वर्णन नीचे हर एक के उदाहरण सहित किया गया है।

HOW WE USE AND DISCLOSE YOUR PHI. We use and disclose PHI for different reasons, and some require your prior specific authorization. The different categories of our uses and disclosures are described below, with examples of each.

1. उपचार, भुगतान या स्वास्थ्य देखभाल संबंधी कार्यों से संबंधित उपयोग और खुलासा के लिए आपकी सहमति की आवश्यकता नहीं है।

1.1. उपचार के लिए। हम आपके PHI का उपयोग कर सकते हैं और इसे चिकित्सकों, नर्सों, मेडिकल छात्रों और अन्य स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों के समक्ष प्रकट कर सकते हैं जो आपको स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करते हैं या आपकी देखभाल में शामिल हैं। उदाहरण के लिए, अगर आप घुटने की चोट के लिए उपचार करा रहे हैं, तो हम आपकी देखभाल के समन्वय के लिए आपके PHI को फिजिकल थेरेपी प्रदाता को बता सकते हैं।

1.2. भुगतान हासिल करने के लिए। हम आपको प्रदान की गई स्वास्थ्य देखभाल संबंधी सेवाओं के लिए बिल बनाने और भुगतान हासिल करने के लिए आपके PHI का उपयोग और उसका खुलासा कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, हमारा बिलिंग विभाग आपकी कुछ PHI का उपयोग कर सकता है और भुगतान के लिए उसे आपकी स्वास्थ्य योजना को बता सकता है।

1.3. स्वास्थ्य देखभाल संबंधी कार्यों के लिए। हम अपने अस्पतालों, क्लीनिकों और अन्य स्वास्थ्य देखभाल संबंधी सेवा सुविधाओं को संचालित करने के लिए आपके PHI का उपयोग और उसका खुलासा कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, हम आपको प्रदान की गई देखभाल की समीक्षा करने या आपकी देखभाल में शामिल स्वास्थ्य देखभाल संबंधी पेशेवरों और प्रक्रियाओं की परफॉर्मेंस का मूल्यांकन करने के लिए आपके PHI का उपयोग कर सकते हैं। हम आपकी PHI को University of Michigan की इकाइयों और हमारे व्यावसायिक सहयोगियों को भी प्रदान कर सकते हैं जो हमारे स्वास्थ्य देखभाल कार्यों का समर्थन करते हैं, जैसे कि हमारे एकाउंटेंट, वकील, सलाहकार और अन्य कंपनियां। अन्य उदाहरणों में शैक्षिक कार्यक्रम, आंतरिक शिकायतों का समाधान, व्यवसाय योजना, विकास और प्रबंधन, प्रशासनिक गतिविधियां, जिसमें डेटा और सूचना प्रणाली प्रबंधन, और अन्य प्रदाताओं के साथ एकीकरण शामिल हैं।

Uses and Disclosures Relating to Treatment, Payment or Health Care Operations Do Not Require Your Consent.

1.1. For Treatment. We may use and disclose your PHI to physicians, nurses, medical students and other health care personnel who provide health care services to you or who are involved in your care. For example, if you are treated for a knee injury, we may disclose your PHI to the physical therapy provider to coordinate your care.

1.2. To Obtain Payment. We may use and disclose your PHI to bill and collect payment for the health care services provided to you. For example, our billing department may use some of your PHI and disclose it to your health plan for payment.

1.3. For Health Care Operations. We may use and disclose your PHI to operate our hospitals, clinics and other health care service facilities. For example, we may use your PHI to review the care provided to you or to evaluate the performance of the health care professionals and processes involved in your care. We may also provide your PHI to University of Michigan units and our business associates that support our health care operations, such as our accountants, attorneys, consultants and other companies. Other examples include educational programs, resolution of internal grievances, business planning, development and management, administrative activities, including data and information systems management, and consolidations with other providers.

2. कुछ अन्य उपयोग और खुलासा जिनके लिए आपकी सहमति की आवश्यकता नहीं है। हम निम्न के लिए भी आपकी PHI का उपयोग और खुलासा कर सकते हैं:

2.1. जब संघीय, राज्य या स्थानीय कानून, न्यायिक या प्रशासनिक कार्यवाही या कानून प्रवर्तन द्वारा खुलासा करना आवश्यक हो। उदाहरण के लिए, हम तब खुलासा करते हैं जब कानून के तहत यह आवश्यक होता है कि हम दुर्व्यवहार, उपेक्षा या घरेलू हिंसा के पीड़ितों के बारे में सरकारी एजेंसियों और कानून प्रवर्तन कर्मियों को जानकारी दें, गोली लगने या अन्य घावों से निपटने के दौरान, या जब न्यायिक या प्रशासनिक कार्यवाही में आदेश दिया जाता है।

2.2. सार्वजनिक स्वास्थ्य गतिविधियों के लिए। उदाहरण के लिए, हमें जन्म, मृत्यु और कुछ बीमारियों के साथ-साथ संक्रमणों से संबंधित विशिष्ट जानकारी इकट्ठा करने के लिए ज़िम्मेदार सरकारी अधिकारियों को रिपोर्ट करनी होगी। इसके अलावा, हम शव-परीक्षकों, चिकित्सा परीक्षकों और अंतिम संस्कार निदेशकों को व्यक्ति की मृत्यु से संबंधित आवश्यक जानकारी भी प्रदान करते हैं। इसके अतिरिक्त, Michigan कानून के तहत हमें HIV/AIDS और कैंसर जैसी कुछ बीमारियों से पीड़ित रोगियों के बारे में केंद्रीय रजिस्ट्री को जानकारी देना आवश्यक है; हमें टीकाकरण के बारे में भी जानकारी देना आवश्यक है। हम संघीय खाद्य एवं औषधि प्रशासन (federal Food and Drug Administration) द्वारा विनियमित दवाओं, जैविक उत्पादों, उपकरणों और अन्य उत्पादों के निर्माताओं को भी PHI का खुलासा कर सकते हैं, जब जानकारी उनकी गुणवत्ता, सुरक्षा या प्रभावशीलता से संबंधित हो। PHI का खुलासा संचारी रोगों से प्रभावित कुछ लोगों को और व्यावसायिक स्वास्थ्य एवं सुरक्षा या श्रमिक क्षतिपूर्ति से जुड़े मामलों के संबंध में नियोक्ताओं को भी किया जा सकता है।

2.3. स्वास्थ्य निरीक्षण संबंधी गतिविधियों के लिए। उदाहरण के लिए, हम किसी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता या संगठन की जांच या निरीक्षण करने के लिए सरकारी अधिकारियों को जानकारी प्रदान करेंगे।

2.4. अंग दान करने के मकसद से। हम अंग हासिल करने वाले संगठनों को अंग, नेत्र या ऊतक दान और प्रत्यारोपण में सहायता के लिए जानकारी प्रदान कर सकते हैं।

2.5. रिसर्च के मकसद से। कुछ परिस्थितियों में, हम शोध करने के लिए PHI का उपयोग या प्रदान कर सकते हैं। यह शोध आम तौर पर संस्थागत समीक्षा बोर्ड की निगरानी के अधीन होता है। ज्यादातर मामलों में, जबकि PHI का उपयोग किसी शोध परियोजना को तैयार करने में मदद करने के लिए या आपसे संपर्क करके यह पूछने के लिए किया जा सकता है कि क्या आप किसी अध्ययन में भाग लेना चाहते हैं, इसे आपकी अनुमति के बिना शोध के लिए प्रकट नहीं किया जाएगा। हालांकि, जहां संघीय कानून, संस्थागत नीति के तहत अनुमति दी गई हो और संस्थागत समीक्षा बोर्ड या गोपनीयता बोर्ड द्वारा अनुमोदित हो, वहां PHI का आगे उपयोग या खुलासा किया जा सकता है। इसके अलावा, PHI का उपयोग या खुलासा शोध के लिए “सीमित या अज्ञात डेटा सेट” के रूप में किया जा सकता है, जिसमें आपका नाम, पता या अन्य प्रत्यक्ष पहचानकर्ता शामिल नहीं होते हैं।

2.6. नुकसान से बचने के लिए। किसी व्यक्ति या जनता के स्वास्थ्य या सुरक्षा के लिए गंभीर खतरे से बचने के लिए, हम कानून प्रवर्तन कर्मियों या संभावित नुकसान को रोकने या कम करने में सक्षम व्यक्तियों को PHI प्रदान कर सकते हैं।

2.7. विशिष्ट सरकारी कार्यों के लिए। हम कुछ स्थितियों में सैन्यकर्मियों और सेवानिवृत्त सैनिकों की व्यक्तिगत स्वास्थ्य रिकॉर्ड (PHI) का खुलासा कर सकते हैं। हम राष्ट्रीय सुरक्षा उद्देश्यों के लिए भी PHI का खुलासा कर सकते हैं, जैसे United States के राष्ट्रपति की सुरक्षा या खुफिया अभियान चलाना।

2.8. श्रमिकों के मुआवजे के प्रयोजनों के लिए। हम श्रमिक मुआवज़ा कानूनों का अनुपालन करने के लिए PHI प्रदान कर सकते हैं।

2.9. अपॉइंटमेंट के लिए रिमाइंडर और स्वास्थ्य संबंधी लाभ या सेवाएं प्रदान के लिए। अपॉइंटमेंट के लिए रिमाइंडर प्रदान करने के लिए हम PHI का उपयोग कर सकते हैं। हम आपको उपचार के विकल्पों, या हमारे द्वारा प्रदान की जाने वाली अन्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं या लाभों के बारे में भी जानकारी दे सकते हैं।

2.10. धन जुटाने की गतिविधियों के लिए। हम अपने संगठन के लिए धन जुटाने के लिए PHI का उपयोग कर सकते हैं। आपके पास धन जुटाने संबंधी संचार प्राप्त न करने का अधिकार है।

Certain Other Uses and Disclosures That Do Not Require Your Consent. We may also use and disclose your PHI:

2.1. When disclosure is required by federal, state or local law, judicial or administrative proceedings, or law enforcement. For example, we make disclosures when a law requires that we report information to government agencies and law enforcement personnel about victims of abuse, neglect or domestic violence, when dealing with gunshot and other wounds, or when ordered in a judicial or administrative proceeding.

2.2. For public health activities. For example, we must report to government officials in charge of collecting specific information related to births, deaths, and certain diseases and infections. Also, we provide coroners, medical examiners and funeral directors necessary information relating to an individual's death. Additionally, under Michigan law we are required to report information about patients with certain conditions, such as HIV/AIDS and cancer, to central registries; we also are required to report information about immunizations. We also may disclose PHI to manufacturers of drugs, biologics, devices, and other products regulated by the federal Food and Drug Administration when the information is related to their quality, safety, or effectiveness. PHI also may be disclosed to certain people exposed to communicable diseases and to employers in connection with occupational health and safety or worker's compensation matters.

2.3. For health oversight activities. For example, we will provide information to government officials to conduct an investigation or inspection of a health care provider or organization.

2.4. For purposes of organ donation. We may provide information to organ procurement organizations to assist them in organ, eye or tissue donation and transplants.

2.5. For research purposes. In certain circumstances, we may use or provide PHI to conduct research. This research generally is subject to oversight by an institutional review board. In most cases, while PHI may be used to help prepare a research project or to contact you to ask whether you want to participate in a study, it will not be further disclosed for research without your authorization. However, where permitted under federal law, institutional policy and approved by an institutional review board or a privacy board, PHI may be further used or disclosed. In addition, PHI may be used or disclosed for research as “limited or de-identified data sets” which do not include your name, address or other direct identifiers.

2.6. To avoid harm. To avoid a serious threat to the health or safety of a person or the public, we may provide PHI to law enforcement personnel or persons able to prevent or lessen the potential harm.

2.7. For specific government functions. We may disclose the PHI of military personnel and veterans in certain situations. We also may disclose PHI for national security purposes, such as protecting the president of the United States or conducting intelligence operations.

2.8. For workers' compensation purposes. We may provide PHI to comply with workers' compensation laws.

2.9. To provide appointment reminders and health-related benefits or services. We may use PHI to provide appointment reminders. We may also give you information about treatment alternatives, or other health care services or benefits we provide.

2.10. For fundraising activities. We may use PHI to raise funds for our organization. You have the right to opt out of receiving fundraising communications.

3. ऐसे उपयोग और खुलासे जिन पर आपके पास आपत्ति करने का अवसर है।

3.1. रोगी संबंधी निर्देशिकाएँ। हम आपका नाम, सामान्य स्थिति, UMHS सुविधा में स्थान, तथा धार्मिक संबद्धता (यदि कोई हो) को हमारे रोगी संबंधी निर्देशिका में शामिल कर सकते हैं, ताकि पादरी तथा अन्य लोग, जो आपका नाम पूछते हैं, उसका उपयोग कर सकें, जब तक कि आप हमारी सुविधाओं में भर्ती होने पर पूर्णतः या आंशिक रूप से आपत्ति न करें।

3.2. परिवार, मित्रों या अन्य लोगों को बताना। हम आपके PHI को किसी पारिवारिक सदस्य, मित्र या अन्य व्यक्ति को प्रदान कर सकते हैं जो आपकी देखभाल में शामिल हैं या आपकी स्वास्थ्य देखभाल के भुगतान के लिए ज़िम्मेदार हैं, जब तक कि आप पूर्णतः या आंशिक रूप से आपत्ति नहीं करते।

3.3. स्वास्थ्य सूचना आदान-प्रदान। हम आपके PHI को स्वास्थ्य सूचना एक्सचेंज (health information exchanges, HIE) के माध्यम से अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं, स्वास्थ्य योजनाओं और स्वास्थ्य देखभाल क्लियरिंगहाउस को इलेक्ट्रॉनिक रूप से उपलब्ध करा सकते हैं। HIEs में भाग लेने से हमें आपके बारे में उनकी जानकारी भी देखने को मिलती है, जिससे हमें आपकी देखभाल करने में मदद मिलती है। आपको इस नोटिस के आखिर में सूचीबद्ध व्यक्ति से संपर्क करके ऐसे प्रयासों में भाग लेने से बाहर निकलने का अधिकार है।

Uses and Disclosures to Which You Have an Opportunity to Object.

3.1 Patient directories. We may include your name, general condition, location in a UMHS facility, and religious affiliation (if any) in our patient directory for use by clergy and others who ask for you by name, unless you object in whole or in part when you are admitted to our facilities.

3.2 Disclosure to family, friends, or others. We may provide your PHI to a family member, friend or other persons who are involved in your care or responsible for the payment for your health care, unless you object in whole or in part.

3.3 Health Information Exchanges. We may make your PHI available electronically through health information exchanges (HIEs) to other health care providers, health plans and health care clearinghouses. Participation in HIEs also lets us see their information about you which helps us provide care to you. You have the right to opt out of participating in such efforts by contacting the person listed at the end of this notice.

4. लागू Michigan कानून। हमारे द्वारा PHI का उपयोग और खुलासा न केवल संघीय गोपनीयता विनियमों के अनुरूप होना चाहिए, बल्कि लागू संघीय और मिशिगन कानून के अनुरूप भी होना चाहिए। Michigan कानून और/या संघीय विनियम मानसिक स्वास्थ्य, मादक द्रव्यों के सेवन, HIV/AIDS की स्थिति और कुछ आनुवंशिक जानकारी के लिए PHI के उपयोग और खुलासे पर कुछ अतिरिक्त प्रतिबंध लगाते हैं। कुछ मामलों में, आपके विशिष्ट प्राधिकरण की आवश्यकता हो सकती है।

Applicable Michigan Law. Our use and disclosure of PHI must comply not only with federal privacy regulations but also with applicable Federal and Michigan law. Michigan law and/or Federal Regulations place certain additional restrictions on the use and disclosure of PHI for mental health, substance abuse, HIV/AIDS conditions, and certain genetic information. In some instances, your specific authorization may be required.

5. अन्य सभी उपयोगों और खुलासों के लिए आपकी पूर्व लिखित अनुमति आवश्यक है। ऐसी स्थितियों में जो इस नोटिस के अंतर्गत नहीं आती हैं, आपके PHI का उपयोग या खुलासा करने से पहले आपकी लिखित अनुमति की आवश्यकता होती है, जिसमें मनोचिकित्सा नोट्स (अगर हमारे द्वारा रिकॉर्ड या अनुरक्षित हैं) के ज़्यादातर उपयोग और प्रकटीकरण, तृतीय पक्ष के उत्पादों या सेवाओं का वित्तीय रूप से समर्थित विपणन, और PHI की बिक्री शामिल है, जब तक कि कानून द्वारा अन्यथा निर्दिष्ट न किया गया हो। आपके प्राधिकरण को कभी भी लिखित रूप में रद्द किया जा सकता है (लेकिन यह आपके प्रारंभिक प्राधिकरण के आधार पर किए गए पूर्व प्रकटीकरणों पर लागू नहीं होगा)।

All Other Uses and Disclosures Require Your Prior Written Authorization. In situations that are not covered by this Notice, your written authorization is needed before using or disclosing your PHI, including most uses and disclosures of psychotherapy notes (if recorded or maintained by us), financially-supported marketing of 3rd party products or services, and the sale of PHI, unless otherwise specified by law. Your authorization can always be revoked in writing (but it would not apply to prior disclosures made based on your initial authorization).

D. आपके PHI के संबंध में आपके अधिकार। आपके PHI के संबंध में आपके पास निम्नलिखित अधिकार हैं:

YOUR RIGHTS REGARDING YOUR PHI. You have the following rights with respect to your PHI:

1. आपके PHI के उपयोग और खुलासा पर प्रतिबंध लगाने का अनुरोध करने का अधिकार। आपको अधिकार है कि आप हमसे यह कहें कि हम उपचार, भुगतान या स्वास्थ्य देखभाल कार्यों के लिए आपके PHI के उपयोग और खुलासा को सीमित करें। यह अनुरोध लिखित रूप में होना चाहिए। हमें आपके प्रतिबंध अनुरोध से सहमत होना आवश्यक नहीं है, लेकिन अगर हम ऐसा करते हैं, तो हम अपने समझौते का सम्मान करेंगे, सिवाय आपातकालीन स्थिति के या ऐसे मामलों में जहां हमें कानूनी रूप से उपयोग या खुलासा करने की आवश्यकता या अनुमति हो। फिर भी, अगर खुलासा भुगतान या स्वास्थ्य देखभाल संबंधी कार्यों के लिए है और अन्यथा कानून द्वारा अपेक्षित नहीं है, और आपका PHI केवल उस स्वास्थ्य देखभाल वस्तु या सेवा से संबंधित है जिसके लिए आपने पूर्ण भुगतान किया है और अपनी जेब से भुगतान किया है, तो हमें आपके PHI के खुलासे को स्वास्थ्य योजना

तक सीमित रखने के लिखित अनुरोध पर सहमत होना आवश्यक है। इसके अलावा, आप हमसे अनुरोध कर सकते हैं कि हम आपके PHI के खुलासे को केवल आपके परिवार के सदस्यों, अन्य रिश्तेदारों या करीबी दोस्तों तक ही सीमित रखें जो आपकी देखभाल या इसके लिए भुगतान में शामिल हैं।

The Right to Request Restrictions on Uses and Disclosures of Your PHI. You have the right to ask us to limit how we use and disclose your PHI for treatment, payment or health care operations. This request must be in writing. We are not required to agree to your restriction request, but if we do, we will honor our agreement except in cases of an emergency or in cases where we are legally required or allowed to make a use or disclosure. We are required, however, to agree to a written request to restrict disclosure of your PHI to a health plan if the disclosure is for payment or health care operations and is not otherwise required by law, and your PHI pertains solely to a health care item or service for which you have paid in full and out of pocket. Also, you may request us to limit PHI disclosures to family members, other relatives, or close friends involved in your care or payment for it.

- 2. आपके PHI से संबंधित गोपनीय संचार का अनुरोध करने का अधिकार।** आप लिखित रूप से किसी निश्चित तरीके या स्थान पर जानकारी भेजने का अनुरोध कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, आप अनुरोध कर सकते हैं कि हम आपकी PHI को आपके घर के बजाय पोस्ट ऑफिस बॉक्स में भेजें। हमें आपके अनुरोध पर सहमत होना होगा बशर्त कि हम उसे आपके अनुरोधित फॉर्मेट में आसानी से उपलब्ध करा सकें।

The Right to Request Confidential Communications Involving Your PHI. You can ask in writing to send information to you in a certain way or location. For example, you can request we mail PHI to a Post Office Box rather than your home. We must agree to your request so long as we can easily provide it in the format you requested.

- 3. अपने PHI की कॉपी हासिल करने का अधिकार।** ज़्यादातर मामलों में आपको अपने PHI की कॉपी हासिल करने का अधिकार है, जैसे कि स्वास्थ्य या बिलिंग रिकॉर्ड, जिनका उपयोग हम आपके बारे में निर्णय लेने के लिए करते हैं। आपको लिखित रूप में अनुरोध करना होगा। हम आपका लिखित अनुरोध हासिल करने के 30 दिनों के अंदर जवाब देंगे, और हम उचित शुल्क ले सकते हैं। कुछ स्थितियों में, हम आपके अनुरोध को अस्वीकार कर सकते हैं, लेकिन हम ऐसा लिखित रूप में करेंगे, और हम अस्वीकृति के लिए अपने कारण बताएंगे तथा अस्वीकृति की समीक्षा करने के आपके अधिकार के बारे में बताएंगे।

The Right to Receive Copies of Your PHI. In most cases you have the right to receive copies of your PHI, such as health or billing records, used by us to make decisions about you. You must make the request in writing. We will respond within 30 days after receiving your written request, and we may charge a reasonable fee. In certain situations, we may deny your request, but we will do so in writing, and we will provide our reasons for the denial and explain your right to have the denial reviewed.

- 4. हमारे द्वारा किये गए खुलासों की सूची हासिल करने का अधिकार।** आपको उन मामलों की सूची हासिल करने का अधिकार है जिनमें हमने आपके PHI (खुलासे का लेखा-जोखा) का खुलासा किया है। यह अधिकार कुछ खुलासों पर लागू नहीं होता है, जैसे कि उपचार, भुगतान या स्वास्थ्य देखभाल कार्यों के लिए किए गए खुलासे, आपके लिए या आपकी देखभाल में शामिल अन्य लोगों के लिए किए गए खुलासे, आपकी अनुमति से किए गए खुलासे, या राष्ट्रीय सुरक्षा या खुफिया उद्देश्यों के लिए या सुधार संस्थानों या कानून प्रवर्तन उद्देश्यों के लिए किए गए खुलासे। खुलासों के लेखा-जोखा के लिए आपका अनुरोध नीचे दिए गए व्यक्ति और पते पर लिखित रूप में किया जाना चाहिए। हम आपके अनुरोध की प्राप्ति की तारीख से पिछले छह वर्षों के दौरान किए गए खुलासों की सूची प्रदान करके आपके अनुरोध की प्राप्ति के 60 दिनों के अंदर जवाब देंगे, जब तक कि इससे कम समय अवधि का अनुरोध न किया जाए। अगर आप एक ही वर्ष में एक से अधिक अनुरोध करते हैं, तो हम शुल्क ले सकते हैं।

The Right to Get a List of the Disclosures We Have Made. You have the right to get a list of instances in which we have disclosed your PHI (an Accounting of Disclosures.) This right does not apply to certain disclosures such as those made for treatment, payment or health care operations, disclosures made to you or to others involved in your care, disclosures made with your authorization, or disclosures made for national security or intelligence purposes or to correctional institutions or law enforcement purposes. Your request for an Accounting of Disclosures must be made in writing to the person and address below. We will respond within 60 days of receiving your request by providing a list of disclosures made within the last six years from the receipt date of your request, unless a shorter time period is requested. If you make more than one request in the same year, we may charge a fee.

- 5. अपने PHI को संशोधित या अपडेट करने का अधिकार।** अगर आपको लगता है कि आपकी PHI गलत या अपूर्ण है, तो आपको हमसे मौजूदा जानकारी को जोड़ने या बदलने का अनुरोध करने का अधिकार है। आपका अनुरोध लिखित रूप में होना चाहिए और उसमें आपके अनुरोध का कारण भी शामिल होना चाहिए। हम आपका अनुरोध हासिल होने के 60 दिनों के अंदर जवाब देंगे। हम आपके अनुरोध को लिखित रूप में अस्वीकार कर सकते हैं अगर PHI (i) सही और पूर्ण है, (ii) हमारे द्वारा नहीं तैयार की गई है, (iii) खुलासा करने की अनुमति नहीं है, या (iv) हमारे रिकॉर्ड का हिस्सा नहीं है। हमारे इनकार में इनकार के कारण शामिल होंगे और असहमति का लिखित बयान दर्ज करने के आपके अधिकार को स्पष्ट किया जाएगा। अगर आप असहमति का लिखित बयान दाखिल नहीं करते हैं, तो आपको यह अनुरोध करने का अधिकार है कि आपके बदलाव के अनुरोध और हमारे इनकार को आपके PHI के साथ अटैच किया जाए। अगर आपका संशोधन अनुरोध स्वीकृत हो जाता है, तो हम आपके PHI में बदलाव कर देंगे और आपको सूचित करेंगे कि यह पूरा हो गया है। बदलाव कई रूप में हो सकता है, जैसे कि आपके रिकॉर्ड में एक व्याख्या करने वाला कथन जोड़ना।

The Right to Amend or Update Your PHI. If you believe your PHI is incorrect or incomplete, you have the right to request us to add to or amend the existing information. Your request must be in writing and must include the reason for your request. We will respond within 60 days of receiving your request. We may deny your request in writing if the PHI (i) is correct and complete, (ii) was not created by us, (iii) is not allowed to be disclosed, or (iv) is not part of our records. Our denial will include the reason(s) for the denial and will explain your right to file a written statement of disagreement. If you don't file a written statement of disagreement, you have the right to request that your amendment request and our denial be attached to your PHI. If your amendment request is approved, we will make the change to your PHI and let you know it has been completed. An amendment may take several forms, such as an explanatory statement added to your record.

- 6. इस नोटिस की एक कॉपी प्राप्त करने का अधिकार।** आपको यह अधिकार है कि आप इस नोटिस की एक कागज़ी प्रति डाक द्वारा मंगवाए जाने का अनुरोध करें। यह यहां भी उपलब्ध है: <http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>

The Right to a Copy of this Notice. You have a right to request a paper copy of this Notice be mailed to you. It is also available at: <http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>

- E. इस नोटिस या हमारी गोपनीयता से जुड़े सबसे अच्छे तरीकों के बारे में जानकारी के लिए आप किससे संपर्क कर सकते हैं।** अगर आपके पास इस नोटिस के बारे में प्रश्न हैं या हमारी गोपनीयता प्रथाओं के बारे में शिकायतें हैं, या अगर आप जानना चाहते हैं कि अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग (U.S. Department of Health and Human Services) के नागरिक अधिकार कार्यालय (Office for Civil Rights) में शिकायत कैसे दर्ज करें, तो आप हमारे गोपनीयता निदेशक (Privacy Director) से 1-734-615-4400 पर संपर्क कर सकते हैं। आपकी शिकायत दर्ज करने पर आपको दंडित नहीं किया जाएगा। लिखित शिकायतें निम्नलिखित पते पर सबमिट की जानी चाहिए:

University of Michigan Health System
Privacy Director
1500 E. Medical Center Drive
Ann Arbor, MI 48109-5729

हम अपनी गोपनीयता से जुड़े सबसे अच्छे तरीकों को किसी भी समय बदल सकते हैं। इससे पहले कि हम कोई महत्वपूर्ण बदलाव करें, हम इस नोटिस में बदलाव करेंगे और इसे अपनी सुविधाओं और अपनी वेबसाइट पर पोस्ट करेंगे: <http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>.

WHO YOU CAN CONTACT FOR INFORMATION ABOUT THIS NOTICE OR OUR PRIVACY PRACTICES. If you have questions about this Notice or complaints about our privacy practices, or if you would like to know how to file a complaint with the Office for Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services, you can contact our Privacy Director at 1-734-615-4400. You will not be penalized for filing your complaint. Written complaints must be submitted to:

University of Michigan Health System
Privacy Director
1500 E. Medical Center Drive
Ann Arbor, MI 48109-5729

We may change our privacy practices at any time. Before we make an important change, we will revise this Notice and post it in our facilities and on our website at: <http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>.

- F. इस नोटिस की प्रभावी तारीख:** 14 अप्रैल, 2003, 1 जुलाई, 2012 और 23 सितम्बर, 2013 को बदलाव किया गया।
EFFECTIVE DATE OF THIS NOTICE: April 14, 2003, revised July 1, 2012 and Sept. 23, 2013.