



اشعار عن خصوصية ممارسة المهنة

هذا الإشعار يوضح كيف يمكن استخدام او كشف معلوماتك الصحية ، وكيف يمكنك الحصول على هذه المعلومات.

إذا كان لديك اي سؤال عن هذا الاشعار, الرجاء الاتصال
بمدير ضمان الجودة على الرقم 503-352-8561 او
P.O. Box 568
Cornelius, OR 97113

من سيتبع هذا الاشعار

هذا الاشعار يصف كيفية تطبيق سرية المعلومات والتي سيتبعها كل اعضاء القوى العاملة.

معلوماتك الصحية

ينطبق هذا الإشعار على المعلومات والسجلات التي لدينا حول صحتك، والحالة الصحية، والرعاية الصحية، والخدمات التي تتلقاها في جميع عيادات مركز فرجينيا غارسيا الصحي التذكاري (VGMHC) وصيدياتها . ومعلوماتك الصحية يمكن أن تشمل المعلومات التي تم إنشاؤها واستلامها من قبل هذا المكتب، قد تكون في شكل سجلات مكتوبة أو إلكترونية أو الكلمات المنطوقة، ويمكن أن تشمل معلومات عن تاريخ صحتك، والحالة الصحية، والأعراض، والفحوصات، ونتائج الاختبار والتشخيص، والعلاج، العمليات، والوصفات الطبية، و الفواتير ذات الصلة، ومثل هذا النوع من المعلومات ذات الصلة بالصحة. نحن نعطيك هذا الإشعار وفق ما يقتضيه القانون علينا . وسوف نقول لكم عن الطرق التي ستستخدم وتنقل بها معلوماتك الصحية وتوضح حقوقك و واجباتنا فيما يتعلق باستخدام ونقل تلك المعلومات.

كيف يجوز لنا استخدام ونقل المعلومات الصحية عنك

قد نستخدم ونكشف عن المعلومات الصحية للأغراض التالية:

- **لاغراض العلاج.** قد نستخدم المعلومات الصحية الخاصة بك لتوفير العلاج أو الخدمات لكم. قد نشارك معلوماتك الصحية مع الأطباء وأطباء الأسنان وغيرهم من مقدمي الخدمات والصيادلة والممرضين وغيرهم من الموظفين الذين يشاركون في رعايتك. قد نشارك معلوماتك مع الناس الذين لا يعملون في مكتبنا من أجل تنسيق رعايتك، مثل إعادة تعبئة الوصفات الطبية في الصيدليات الخاصة بك، وتحديد مواعيد اجراء الفحوص المختبرية، وطلب الأشعة السينية. قد يكون أفراد الأسرة ومقدمي الرعاية، وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية كجزء من الرعاية الصحية الخاصة بك خارج هذا المكتب وقد يتطلب تزويدهم بمعلومات عنك.
- **للمدفوعات** قد نستخدم ونكشف عن المعلومات الصحية عنك لنتمكن من الحصول على مدفوعات العلاج والخدمات التي تتلقاها في VGMHC.
- على سبيل المثال، قد نحتاج لإعطاء خطة تأمينك الصحي المعلومات الخاصة بك عن الخدمة التي تلقيتها هنا حتى تدفع خطتك الصحية لنا أو تسدد لك أجور هذه الخدمة. يجوز لنا أن نبلغ أيضا خطة تأمينك الصحي حول العلاج الذي سيتم تلقيه للحصول على موافقة مسبقة، أو لتحديد ما إذا كانت خطتك سوف تدفع للعلاج.
- **لعمليات الرعاية الصحية.** قد نستخدم ونكشف المعلومات الصحية عنك من أجل إدارة أعمالنا والتأكد من أنك وغيرك من المرضى تتلقون الرعاية الجيدة. على سبيل المثال، قد نستخدم معلوماتك الصحية لتقييم أداء العاملين لدينا في رعايتك.



نحن قد نكشف معلوماتك الصحية للخطط الصحية التي توفر لك التغطية التأمينية و مقدمي الرعاية الصحية الاخرين ليتمكنوا من توفير او تحسين الرعاية ، والحد من التكاليف، وتنسيق وإدارة الرعاية الصحية، والخدمات، وتدريب الموظفين، والامتثال للقانون.

يمكن أيضا أن نشارك معلوماتك الصحية مع شبكة اور يكون المجتمعية للمعلومات الصحية (OCHIN) أو غيرها من طرف ثالث "شركاء العمل" التي تعمل على أداء الأنشطة المختلفة (على سبيل المثال، جدولة، صيانة السجلات الصحية، والمحاسبة، والفواتير، والخدمات القانونية أو النسخ) لـ VGMHC. مؤسسات الرعاية الصحية الأخرى التي تشترك في OCHIN بإمكانها أيضا الحصول على السجل الخاص بك؛ ومع ذلك، يسمح لهم الوصول إلى معلوماتك فقط فيما إذا كانوا مشاركين في علاجك.

عندما يكون التنظيم بين مكتبنا وشريك العمل يشمل على استخدام أو نشر المعلومات الصحية الخاصة بك، سيكون لدينا عقد مكتوب يضمن أنهم سوف يحمون خصوصية المعلومات الصحية الخاصة بك.

- **التذكير بالموعد.** قد نتصل بك عن طريق الهاتف، البريد الإلكتروني، أو الرسائل النصية الآمنة للتذكير بأن لديك موعد.
- **علاج البدائل.** قد نخبركم عن أو نوصي بخيارات العلاج الممكنة أو البدائل التي قد تكون ذات فائدة لك.
- **المنتجات والخدمات الصحية.** قد نخبركم عن المنتجات أو الخدمات المتعلقة بالصحة التي قد تكون ذات فائدة لكم. على سبيل المثال، يمكن أن ندعوا الأمهات الجدد ونقدم دروس عن الأبوة والأمومة.

يرجى اعلامنا اذا كنت لا ترغب في أن يتم الاتصال بك للتذكير بمواعيدك، أو إذا كنت لا ترغب في تلقي الاتصالات حول بدائل العلاج أو المنتجات والخدمات ذات الصلة بالصحة. إذا علمتنا بالكتابة ، عند العنوان المدرج في الجزء العلوي من هذا الإشعار، بأنك لا ترغب في تلقي مثل هذه الاتصالات، فسوف لن نستخدم أو نكشف المعلومات الخاصة بك لهذه الأغراض.

الحالات الخاصة

قد نستخدم أو نكشف عن معلوماتك الصحية للأغراض التالية، مع مراعاة جميع المتطلبات القانونية المطبقة والقيود:

- **لتجنب تهديد خطير للصحة أو السلامة.** قد نستخدم ونبادل المعلومات الصحية عنك عند الضرورة لمنع تهديد خطير لصحتك وسلامة أو صحة وسلامة المجتمع أو أي شخص آخر.
- **ما يقتضيه القانون.** سنقوم بكشف المعلومات الصحية عنك عند المطالبة حسب قانون الحكومة الفيدرالية وحكومة الولايات أو القانون المحلي. .
- **البحوث.** قد نستخدم ونكشف عن معلوماتك الصحية لمشاريع البحوث التي تخضع لعملية موافقة خاصة.
- **التبرع بالأعضاء و الأنسجة.** إذا كنت أحد المتبرعين بالأعضاء، فقد نكشف عن المعلومات الصحية للمنظمات التي تتعامل مع شراء الأعضاء أو زراعة عضو أو العين أو الأنسجة أو لأحد بنوك التبرع بالأعضاء، حسب الضرورة.
- **الجيش و المحاربين والأمن الوطني والمخابرات.** إذا كنت أو لازلت عضوا في القوات المسلحة، أو جزء من مجتمعات الأمن أو المخابرات الوطني، فمطلوب منا حسب اوامر القيادة العسكرية أو غيرها من السلطات الحكومية لنقل المعلومات الصحية عنك. يجوز لنا أيضا للكشف عن المعلومات حول الأفراد العسكريين الأجانب إلى السلطة العسكرية الأجنبية المختصة.
- **تعويضات العمال.** نحن قد نكشف عن معلوماتك الصحية لأغراض التعويض للعمال أو لبرامج مماثلة. وتوفر هذه



البرامج فوائد لإصابات وامراض العمل.

- **مخاطر على الصحة العامة.** قد تكشف عن معلوماتك الصحية لأغراض الصحة العامة من أجل منع أو السيطرة على الأمراض أو الإصابات أو العجز؛ أو تقرير الولادات والوفيات، اشتباه سوء المعاملة أو الإهمال والإصابات البدنية غير مقصودة، اعراض جانبية للأدوية أو مشاكل مع المنتجات.
- **أنشطة الرقابة الصحية.** قد تكشف عن معلوماتك الصحية إلى وكالة الرقابة الصحية لأغراض المراجعة والتحقيق والتفتيش، أو الترخيص. قد تكون هذه الإفصاحات لازمة لبعض أجهزة الدولة والحكومة الفدرالية لمراقبة نظام الرعاية الصحية، والبرامج الحكومية، والامتثال لقوانين الحقوق المدنية.
- **الدعوى والمنازعات.** إذا كنت طرفا في دعوى أو نزاع، فقد تكشف عن معلوماتك الصحية ردا على الاستدعاء أو المحكمة أو أمر إداري.
- **تنفيذا للقانون.** قد تكشف عن معلوماتك الصحية إذا طلب منا ذلك من قبل أحد موظفي تنفيذ القانون في استجابة لأمر من المحكمة، استدعاء، مذكرة، دعوى أو عملية مماثلة، تخضع لجميع الشروط القانونية المعمول بها.
- **الأطباء الشرعيين، الفاحصين الطبيين ومديري الجنازة.** قد تكشف عن معلوماتك الصحية إلى الطبيب الشرعي أو الفاحص الطبي. قد يكون هذا ضروريا، على سبيل المثال، للكشف عن هوية الشخص المتوفى أو تحديد سبب الوفاة.
- **معلومات غير معرفة للشخصية.** قد نستخدم أو تكشف المعلومات الصحية عنك بطريقة لا تعرفك شخصيا أو تكشف عن هويتك.

- **العائلة والأصدقاء.** قد تكشف عن معلوماتك الصحية لأفراد عائلتك أو الأصدقاء إذا كنت توافق على السماح لنا أو اذا اعطيناك فرصة للاعتراض ولم تعترض. يجوز لنا أيضا الكشف عن المعلومات الصحية لعائلتك أو الأصدقاء حسب افتراضنا واعتمادا على حكمنا المهني بأنك لن تعترض. على سبيل المثال، يمكننا ان نفترض أنك توافق على السماح لنا بكشف المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بك لزوجك عندما تجلب زوجك معك في غرفة الفحص أثناء العلاج أو أثناء مناقشته العلاج.

في الحالات التي لا تكون قادرا فيها على إعطاء موافقة (بسبب العجز أو حالة طبية طارئة)، ونحن قد نقرر اعتمادا على حكمنا المهني أن نتحدث إلى أحد أفراد أسرته أو صديق هو في مصلحتك. في هذه الحالة، فإننا سوف تكشف فقط المعلومات الصحية المتعلقة للشخص المشمول برعايتك. على سبيل المثال، نحن قد نبلغ الشخص الذي جلبته معك إلى العيادة بأنك تعرضت لنوبة قلبية، وتقديم معلومات محدثة عن التقدم و التطور لحالتك. ويمكن أيضا استخدام حكمنا المهني والخبرة لاتخاذ القرارات التي هو في مصلحتك للسماح لشخص آخر بالتصرف نيابة عنك على سبيل المثال، تعبئة الوصفات والتجهيزات الطبية، أو الأشعة السينية.

استخدامات وكشوفات اخرى للمعلومات الصحية

لن نستخدم أو تكشف معلوماتك الصحية لأي غرض آخر غير تلك المحددة في الأقسام السابقة من دون اذنك كتابية, إذا اعطينا الإذن باستخدام أو كشف معلوماتك الصحية، فبإمكانك إلغاء هذا الإذن، **كتابية**، في أي وقت. إذا قمت بسحب الإذن ، فلن يعد بمقدورنا استخدام أو كشف تلك المعلومات ولكن لا يمكننا استعادة ما تم استخدامه او نشره سابقا باذنكم .

في بعض الحالات، قد نحتاج، إذن خطي محدد منك من أجل الكشف عن أنواع معينة من المعلومات المحمية الخاصة مثل معلومات تعاطي المخدرات لأغراض مثل العلاج، والمدفوعات، وعمليات الرعاية الصحية.

حقوقك بخصوص المعلومات الصحية عنك

لديك الحقوق التالية بشأن معلوماتك الصحية المحفوظة لدينا :



• **حق الاطلاع والاستنساخ.** لديك الحق في الاطلاع واستنساخ المعلومات الصحية الخاصة بك، مثل، طب الأسنان، وسجلات الفواتير الطبية، التي نحفظها ونستخدمها لاتخاذ قرارات بشأن رعايتك. يجب تقديم طلب خطي إلى مدير العمليات في العيادة (COM) من أجل الاطلاع و/ أو استنساخ سجلات المعلومات الصحية الخاصة بك. إذا طلبت نسخة من المعلومات، فقد تدفع رسماً للتكاليف المرتبطة. وسوف نقوم بإعلامك عن التكلفة ويمكنك ان تختار إلغاء أو تغيير طلبك. لديك الحق في طلب نسخة من المعلومات الصحية الخاصة بك في شكل إلكتروني وإذا كنا قد خزنا معلوماتك الصحية إلكترونياً.

نحن قد نرفض طلب الاطلاع و/ أو استنساخ السجل الخاص بك أو أجزاء من السجل الخاص بك في ظروف معينة. أما إذا كان استنساخ أو الوصول إلى المعلومات الصحية التي نحفظها عنك مرفوضاً، فيمكنك أن تطلب إعادة النظر في الرفض. فيما إذا كان القانون يعطيك الحق في أن تطلب مراجعة الرفض، فسوف نختار أختصاصي رعاية صحية مرخص لمراجعة طلبك ورفضك. وإن الشخص الذي سيجري المراجعة لن يكون نفس الشخص الذي رفض طلبك، ونحن سوف نتوافق مع نتائج المراجعة.

• **الحق في التصحيح.** إذا كنت تعتقد أن المعلومات الصحية لدينا عنك غير صحيحة أو غير كاملة، فيمكنك أن تطلب منا تصحيح المعلومات. لديك الحق في أن تطلب هذا طالما ان المعلومات محفوظة في VGMHC. إذا كنت ترغب في إجراء تصحيح فاكمل وقدم نموذج طلب تعديل أو تصحيح السجل الصحي إلى COM.

قد نرفض طلبك بالتصحيح إذا لم يكن، كتابةً، أو لا يتضمن سبب يدعم طلبك. إضافة إلى ذلك، نحن قد نرفض أو نرفض جزئياً الطلب الخاص بك إذا كنت تطلب منا تصحيح معلومات التي:

- لم نتسبب بها
- ليست جزء من المعلومات الصحية التي نحفظها
- لا يسمح لك الاطلاع عليها ونسخها
- كاملة ودقيقة

إذا رفضنا أو كان الرفض جزئياً لطلبك بالتصحيح، فلديك الحق في تقديم استئناف ولك ان تدرج الاستئناف في سجلك الصحي. VGMHC أيضاً لديها الحق في توثيق الاجابة على طلبك في سجلك الصحي. لديك أيضاً الحق في طلب أن يتم إرسال جميع الوثائق المرتبطة بالتصحيح لأي طرف آخر في أي وقت يتم فيه الكشف عن ذلك الجزء من السجل الصحي .

• **الحق في طلب حساب كشف المعلومات.** لديك الحق في طلب "حساب عن المعلومات المكشوفة". هذه هي قائمة بحالات الكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بك لأغراض أخرى غير العلاج، والمدفوعات، عمليات الرعاية الصحية، والتي تسمح بها أنت وعدد محدود من الظروف الخاصة التي تتعلق بالأمن القومي، والمؤسسات الإصلاحية وتنفيذ القانون .

للحصول على هذه القائمة، يجب عليك تقديم طلب حساب كشف المعلومات متضمناً للفترة الزمنية، والتي لا تزيد عن ست سنوات. وينبغي أن تبين في طلبك ما إذا كنت تريد قائمة على الورق أو في شكل إلكتروني. إرسال الطلبات إلى COM

القائمة الأولى التي تطلبها خلال فترة ال 12 شهراً تكون مجاناً. أما للقوائم الإضافية، فقد نقدم لكم تكاليف تقديم القائمة. وسوف نقوم بإعلامك عن التكلفة التي تترتب عليها ويمكنك ان تختار سحب أو تغيير طلبك في ذلك الوقت.

• **الحق في طلب التحديد.** لديك الحق في طلب تحديد أو تقييد على المعلومات الصحية التي نستخدمها أو نكشفها عنك لأغراض المعالجة، والمدفوعات أو عمليات الرعاية الصحية. لديك أيضاً الحق في طلب تحديد على المعلومات الصحية و التي نكشفها عنك لشخص مشمول في رعايتك أو المدفوعات لتلك الرعاية، مثل أحد أفراد العائلة أو صديق. على سبيل المثال، يمكن أن تطلب أن لا تستخدم أو تكشف المعلومات عن عملية جراحية اجريت لك.



ليس مطلوباً منا أن نوافق على طلبك. إذا وافقتنا، فسوف تمنح طلبك إلا إذا كانت هناك حاجة إلى المعلومات لتوفير العلاج في حالات الطوارئ أو بما يقتضيه القانون علينا باستخدام أو كشف المعلومات.

نحن مطالبون بالموافقة على طلبك إذا كنت تدفع لتلقي العلاج، الخدمات، التجهيزات والوصفات الطبية "من جيبك" وطلبت بان لا تشارك المعلومات مع خطة التأمين الصحية لأغراض التسديد أو الرعاية الصحية للعمليات. قد تكون هناك حالات حيث نحن مطالبون بالكشف عن هذه المعلومات بموجب القانون.

ونحن قد ننهي ما متفق عليه من تقييد / تحديد في أي وقت؛ ولكن سوف نقوم بإعلامك بالإنهاء.

لطلب التقييد، عليك ان تكمل املاء وتقدم نموذج طلب تقييد الاستخدام والكشف عن المعلومات والاتصالات السرية الى COM.

• **الحق في طلب الاتصالات السرية.** لديك الحق في أن تطلب منا التواصل معك حول المسائل الصحية بطريقة معينة أو في مكان معين. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب أننا نتصل بك فقط في العمل أو عن طريق البريد.

لطلب الاتصالات السرية، عليك ان تكمل املاء وتقديم نموذج طلب إلى تقييد استخدام والكشف عن المعلومات أو الاتصالات السرية الى COM. ونحن سوف نستوعب جميع الطلبات المعقولة. يجب في طلبك ان يتم تحديد كيف أو أين ترغب الاتصال بك.

• **الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار.** لديك الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار. قد تسألنا أن تعطيك نسخة من هذا الإشعار في أي وقت. حتى لو كنت قد وافقت على الحصول عليها إلكترونياً، فلا تزال يحق لك الحصول على نسخة ورقية. [يمكن أيضا العثور على نسخة من هذا الإشعار على موقعنا على شبكة الإنترنت.] للحصول على مثل هذه نسخة، اتصل ب COM.

التغيرات في هذا الإشعار

نحن نحتفظ بالحق في تغيير هذا الإشعار، وجعل الإشعار المنفتح أو الذي فيه تغيير فعالاً لمعلوماتك الصحية التي لدينا سابقاً، فضلاً عن أي معلومات نتلقاها في المستقبل. سنقوم بنشر الإشعار الحالي (أو الملخص) في مواقعنا متضمناً التاريخ الفعلي. لديك الحق في الحصول على نسخة من الإشعار المعمول به حالياً.

و سوف نبلغكم بأي تغييرات ذو أهمية في هذا الإشعار. قد يكون هذا من خلال النشرة الإخبارية، قطعة إعلان في موقعنا (مواقعنا)، وإشعار نشر على موقعنا على شبكة الإنترنت، أو غيرها من وسائل الاتصال .

خرق للمعلومات الصحية

سوف نبلغكم إذا كان هناك خرق (انتهاك) للمعلومات الصحية الخاصة بك، كما هو مطلوب قانونياً.

الشكاوى

إذا كنت تعتقد حقوق الخصوصية الخاصة بك قد انتهكت ، فيمكنك تقديم شكوى إلى مكتبنا أو مع وزير وزارة الصحة والخدمات البشرية في:

المنطقة X - سياتل (ولاية ألاسكا، أيداهو، ولاية أوريغون، واشنطن)

المدير الاقليمي Linda Yuu Connor

مكتب الحقوق المدنية

وزارة الصحة والخدمات البشرية الامريكية

2201 Sixth Avenue - M/S: RX-11

Seattle, WA 98121-1831

صوت الهاتف (800) 368-1019

الفاكس (206) 615-2297

هاتف الصم والبكم (800) 537-7697

لتقديم شكوى مع VGMHC، اتصل بمدير ضمان الجودة 503-352-8561.

سوف لن تعاقب لتقديمك شكوى.