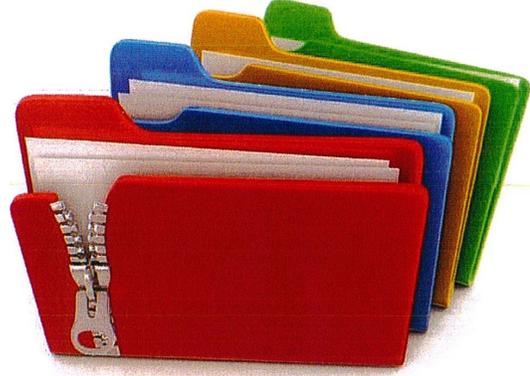


معلوماتك. حقوقك. مسؤولياتنا.

يوضح هذا الإشعار طريقة استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والإفصاح عنها وكيف يمكنك الحصول على هذه المعلومات. يُرجى الاطلاع عليه ومراجعته بعناية.



حقوقك

حين يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية، يكون لديك حقوق معينة. يوضح هذا القسم حقوقك فضلاً عن بعض من المسؤوليات المنوطة بنا لمساعدتك.

| | |
|---|---|
| الحصول على نسخة إلكترونية أو نسخة ورقية من سجلك الطبي | • يمكنك أن تطلب الاطلاع أو الحصول على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي والمعلومات الطبية الأخرى التي بحوزتنا بشأنك. يُرجى سؤالنا عن كيفية القيام بهذا الأمر. |
| طلب تصحيح سجلك الطبي | • سنقدم لك نسخة أو ملخص لمعلوماتك الصحية، عادةً خلال 30 يوماً من طلبك. وقد نفرض رسومًا معقولة على أساس التكلفة. |
| طلب التواصل السري | • يمكنك أن تطلب منا تصحيح المعلومات الصحية المتعلقة بك التي تعتقد أنها خاطئة أو غير كاملة. يُرجى سؤالنا عن كيفية القيام بهذا الأمر. |
| | • قد "نرفض" طلبك، ولكننا سنخبرك بذلك كتابةً خلال 60 يوماً. |
| | • يمكنك أن تطلب منا أن نتواصل معك بطريقة معينة (على سبيل المثال من خلال هاتف المنزل أو المكتب) أو إرسال رسائل بالبريد الإلكتروني إلى عنوان مختلف. |
| | • "سنوافق" على جميع الطلبات المعقولة. |

يُتبع في الصفحة التالية

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • يمكنك أن تطلب منا عدم استخدام معلومات صحية معينة تتعلق بالعلاج أو المدفوعات أو عملياتنا أو مشاركتنا. • إننا لسنا مطالبين بالموافقة على طلبك، وقد "نرفض" إذا كان ذلك سيؤثر على رعايتك. • إذا كنت تدفع مقابل إحدى الخدمات أو بنود الرعاية الصحية بالكامل على نفقتك الخاصة، فيمكنك أن تطلب منا عدم مشاركة هذه المعلومات المتعلقة بالمدفوعات أو عملياتنا مع شركة التأمين الصحي الخاصة بك. • "سنوافق" ما لم يُطالب بموجب أي قانون بمشاركة هذه المعلومات. | <p>طلب الحد من مقدار المعلومات التي نستخدمها أو نشاركها</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • يمكنك طلب بيان (حصر) بعدد المرات التي شاركنا فيها معلوماتك الصحية خلال آخر ست سنوات قبل تاريخ طلبك، والجهات التي شاركناها معهم، والسبب وراء ذلك. • سنقوم بتضمين جميع الإفصاحات فيما عدا تلك المتعلقة بعمليات العلاج والمدفوعات والرعاية الصحية وبعض الإفصاحات (كتلك التي تمت بناءً على طلب منك). سنقدم بيانًا واحدًا سنويًا بدون مقابل ولكننا سنفرض رسومًا معقولة وقائمة على التكلفة إذا طلبت بيانًا آخر خلال 12 شهرًا. | <p>الحصول على قائمة بالجهات التي شاركنا معهم المعلومات</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • يمكنك أن تطلب نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت، حتى لو كنت قد وافقت على تلقي هذا الإشعار إلكترونيًا. ومن جانبنا سنقدم لك نسخة ورقية على الفور. | <p>الحصول على نسخة من إشعار الخصوصية</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • إذا كنت قد أصدرت توكيلًا طبيًا لشخص ما أو إذا كان شخصًا ما هو الوصي القانوني عليك، فيمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ خيارات بشأن معلوماتك الصحية. • سنؤكد من أن هذا الشخص يمتلك الصلاحية اللازمة ويحق له التصرف نيابةً عنك قبل اتخاذ أي إجراء. • يمكنك أن تقدم شكوى إذا شعرت بأننا انتهكنا حقوقك وذلك عن طريق التواصل معنا باستخدام البيانات الواردة في الصفحة 1. • يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (U.S. Department of Health and Human Services) عن طريق إرسال رسالة إلى العنوان التالي 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201، أو الاتصال على الرقم 1-877-696-6775 أو زيارة الموقع التالي www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. • ونحن لن نسيب لك أي أذى عند تقدمك بشكوى. | <p>اختيار شخص للتصرف نيابةً عنك</p> <p>التقدم بشكوى إذا ما شعرت أننا انتهكنا حقوقك</p> |

بالنسبة لبعض المعلومات الصحية، يمكنك إعلاناً باختيارك بشأن ما نشاركه. إذا كنت تفضل خيار ما بشكل واضح بشأن طريقة مشاركة معلوماتك في المواقف الموضحة أدناه، فيرجى إعلاننا بذلك. أخبرنا بما تريد أن نفعله، وستنتج تعليماتك.

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • مشاركة المعلومات مع عائلتك أو أصدقائك المقربين أو الأشخاص الآخرين المعنيين برعايتك. • مشاركة المعلومات في حالات الإغاثة أثناء الكوارث. • إدراج معلوماتك في سجلات المستشفى. • التواصل معك من أجل جهود جمع التبرعات. | <p>في هذه الحالات، لديك الحق والاختيار في أن تطلب منا القيام بما يلي:</p> |
| <p>إذا لم تكن قادرًا على إخبارنا باختيارك المفضل، على سبيل المثال إذا كنت فاقداً للوعي، فقد نمضي قدمًا ونشارك معلوماتك إذا كنا نعتقد أن ذلك في مصلحتك. قد نقوم أيضًا بمشاركة معلوماتك عند الحاجة لتقليل التهديدات الخطيرة والشبكة لصحتك أو سلامتك.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • الأغراض التسويقية. • بيع معلوماتك. • أغلب حالات مشاركة ملاحظات العلاج النفسي. | <p>في الحالات التالية لن نشارك معلوماتك أبدًا ما لم تمنحنا إذنًا كتابيًا:</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • قد نتواصل معك في سبيل الجهود الرامية إلى جمع التبرعات، ولكن يمكنك أن تطلب منا عدم التواصل معك مجددًا. | <p>في حالة جمع التبرعات:</p> |

استخداماتنا للمعلومات

كيف نستخدم معلوماتك الصحية أو نشاركها عادةً؟ عادةً ما نستخدم معلوماتك الصحية أو نشاركها بالطرق الآتية.

| | |
|---|---|
| <p>علاجك</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمكننا استخدام معلوماتك الصحية و مشاركتها مع الأخصائيين الآخرين من يعالجونك. | <p>مثال. يمكن أن يسأل طبيب يعالجك من إصابة ما طبييًا آخر عن حالتك الصحية العامة.</p> |
| <p>إدارة منظمتنا</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمكننا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها لإدارة الممارسات المتبعة وتسيير شؤونها، وتحسين طريقة رعايتك، والتواصل معك عند الضرورة. | <p>مثال. نستخدم معلوماتك الصحية لإدارة شؤون علاجك والخدمات المقدمة لك.</p> |
| <p>إصدار الفواتير خدماتك</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمكننا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها لإصدار الفواتير والحصول على المدفوعات من البرامج الصحية والهيئات الأخرى. | <p>مثال. نحن نشارك معلوماتك الصحية مع خطة تأمينك الصحي حتى يتم سداد خدماتك.</p> |

يُتبع في الصفحة التالية

ما الصور الأخرى لاستخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها؟ يُسمح لنا أو يُطلب منا مشاركة معلوماتك بطرق أخرى — عادةً بطرق تساهم في تحقيق المصلحة العامة، مثل الصحة العامة والأبحاث، ولكن يجب علينا استيفاء العديد من الشروط المنصوص عليها في القانون قبل أن نتمكن من مشاركة معلوماتك في سبيل هذه الأغراض. لمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.htm

| | |
|---|---|
| المساعدة في المسائل المتعلقة بالسلامة والصحة العامة | يمكننا مشاركة معلوماتك الصحية في بعض الحالات مثل: <ul style="list-style-type: none">• الوقاية من الأمراض.• المساعدة في عمليات سحب أحد المنتجات.• الإبلاغ عن الآثار الجانبية للأدوية.• الإبلاغ عن حالة سوء معاملة أو إهمال أو عنف منزلي مشتبه بها.• منع أي تهديد خطير يواجه صحة أو سلامة أي فرد أو الحد منه. |
| إجراء الأبحاث | • يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها لغرض إجراء الأبحاث في مجال الصحة. |
| الامتثال للقوانين | • سنشارك معلوماتك إذا ألزمتنا قوانين الدولة أو القوانين الفيدرالية بذلك، بما في ذلك وزارة الصحة والخدمات الإنسانية إذا كانت ترغب في التأكد من امتثالنا لقانون الخصوصية الفيدرالي. |
| الرد على طلبات التبرع بالأعضاء و الأنسجة | • يمكننا مشاركة معلوماتك الصحية مع منظمات تدبير الأعضاء. |
| التعاون مع الطبيب الشرعي أو متعهد دفن الموتى | • يمكننا مشاركة المعلومات الصحية مع قاضي الوفيات المشتبه فيها أو الطبيب الشرعي أو متعهد دفن الموتى عند حدوث حالة وفاة. |
| تناول طلبات تعويضات العاملين، وجهاً إنفاذ القانون، وغيرها من الطلبات الحكومية | • يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها في الحالات التالية: <ul style="list-style-type: none">• مطالبات تعويض العمال• أغراض إنفاذ القانون أو مع مسؤولي إنفاذ القانون• مع هيئات الرقابة الصحية في الأنشطة المخول بها قانوناً• لوظائف حكومية خاصة مثل الجيش والأمن القومي، وخدمات الحماية الرئاسية |
| الرد على القضايا والدعوى القانونية | • يمكننا مشاركة معلوماتك الصحية استجابة إلى أي أوامر إدارية أو أوامر صادرة عن المحكمة، أو استجابة إلى طلب استدعاء. |
| المعلومات الطبية المهمة والحساسة: لن يفصح مركز لين للصحة المجتمعية عن أي معلومات طبية مهمة وحساسة فيما يخص نتائج/علاج فيروس نقص المناعة البشري (HIV)/الإيدز، والمسائل المتعلقة بالصحة السلوكية/العقلية، والعنف المنزلي، والاختبارات الوراثية، والأمراض المنقولة جنسياً، والإجهاض، وإدمان الكحول/المخدرات، والاغتصاب/الاعتداء الجنسي، وسوء معاملة الأطفال/كبار السن/ ذوي الاحتياجات الخاصة بدون موافقة كتابية منك. | |

- نحن مطالبون بالحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية وأمنها بموجب القانون.
- سنلصك فوراً في حالة حدوث انتهاك قد يضر بخصوصية معلوماتك أو أمنها.
- يجب أن نتبع الواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار وسنعتيك نسخة منه.
- لن نستخدم معلوماتك أو نشاركها على أي نحو آخر خلاف المبين هنا إلا بعد الحصول على إذن كتابي منك بذلك، وإذا ما قررت السماح لنا بذلك، يحق لك تغيير رأيك في أي وقت، وعليك إخطارنا كتابياً في حال تغيير رأيك.

لمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

التغييرات التي قد تطرأ على شروط هذا الإشعار

يمكننا تغيير شروط هذا الإشعار، وستطبق التغييرات على كل المعلومات التي لدينا عنك، سيكون الإشعار الجديد متوفراً عند الطلب أو في مكتبنا أو على موقعنا على الإنترنت.

أُجريت المراجعة بتاريخ يونيو 2020 www.lchcnet.org

يسري إشعار ممارسات الخصوصية هذا على المنظمات التالية.

مركز لين للصحة المجتمعية هو جزء من خطة الرعاية الصحية المنظمة التي تتضمن أعضاء شبكة المعلومات الصحية المجتمعية في ولاية أوريغون (OCHIN). يمكن التعرف على المنظمات الأعضاء الأخريات من خلال <https://ochin.org/member-portal/ochin-members/>. يتم مراقبة الوصول غير المصرح به إلى سجلات مرضى مركز لين للصحة المجتمعية بشكل مستمر.

مركز لين للصحة المجتمعية هو جزء من خطة الرعاية الصحية المنظمة التي تتضمن أعضاء شبكة المعلومات الصحية المجتمعية في ولاية أوريغون (OCHIN). تتوفر قائمة بأعضاء مركز شبكة المعلومات الصحية المجتمعية في ولاية أوريغون على www.ochin.org بصفتهم شركاء عمل في مركز لين للصحة المجتمعية ويقدم المركز خدمات تكنولوجيا المعلومات والخدمات ذات الصلة إلى مركز لين للصحة المجتمعية وأعضاء المركز الآخرين. يشارك المركز أيضاً في أنشطة تقييم وتحسين الجودة نيابةً عن أعضاء المركز. فعلى سبيل المثال، ينسق المركز أنشطة المراجعة السريرية نيابةً عن المنظمات الأعضاء لوضع المعايير المتعلقة بأفضل الممارسات وتقييم المزاي والخدمات السريرية من خلال استخدام أنظمة السجلات الصحية الإلكترونية. علاوةً على ذلك، يساعد المركز الأعضاء على التعاون مع بعضهم البعض لتحسين عملية إدارة إحالات المرضى الداخلية والخارجية. قد يشارك مركز لين للصحة المجتمعية معلوماتك الصحية الشخصية مع أعضاء المركز الآخرين أو قد يتم تبادلها فقط عند الضرورة لتيسير المسائل المتعلقة بعلاجك الطبي أو لأغراض عمليات الرعاية الصحية التي تقع ضمن خطة الرعاية الصحية المنظمة. قد تتضمن عملية الرعاية الصحية، من بين أمور أخرى، الترميز الجغرافي لتحديد موقع إقامتك من أجل تحسين المزاي والخدمات السريرية التي تحصل عليها. قد تتضمن المعلومات الصحية الشخصية معلومات طبية سابقة وحالية ومستقبلية بالإضافة إلى المعلومات الموضحة في قواعد الخصوصية، وسيُفصح عن المعلومات، قدر الإمكان، بما يتوافق مع قواعد الخصوصية أو أي قانون ساري آخر بصيغته المعدلة من وقت لآخر. يحق لك تغيير رأيك وسحب هذه الموافقة، ولكن ربما قد يكون قد تم إتاحة المعلومات بالفعل وفقاً لما سمحت به. ستبقى هذه الموافقة سارية المفعول حتى تطلب إلغاؤها بموجب إخطار كتابي. يُرجى العلم أيضاً إنه يمكنك الحصول على قائمة بالجهات التي أفصح لها عن معلوماتك الصحية عند الطلب.