



## إشعار ممارسات الخصوصية

يصف هذا الإشعار كيف يمكن استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والكشف عنها و كيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى مراجعتها بعناية.

يحترم المركز الصحي نيرهود خصوصيتك. لن نكشف عن معلوماتك للآخرين إلا إذا طلبت منا ذلك، أو ما لم يسمح لنا القانون بذلك أو يطلب منا ذلك. يتحمل جميع وكلاء NHC مسؤولية الالتزام بشروط وأحكام هذا الإشعار، والحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية وتزويدك بإشعار بالالتزامات القانونية وممارسات الخصوصية الخاصة بـ NHC. ينطبق هذا الإشعار على المعلومات والسجلات الموجودة لدينا عنك، وصحتك، وحالتك الصحية، والرعاية والخدمات الصحية التي تتلقاها على الإطلاق عيادات الرعاية الأولية بالمركز الصحي بالأحياء، وعيادات الأسنان، والمراكز الصحية المدرسية، والصيدليات. قد تتضمن معلوماتك الصحية معلومات تم إنشاؤها واستلامها من قبل المركز الصحي بالمنطقة، وقد تكون في شكل سجلات مكتوبة أو إلكترونية أو كلمات منطوقة، وقد تتضمن معلومات حول تاريخك الصحي، وحالتك الصحية، والأعراض، والفحوصات، ونتائج الاختبارات، والتشخيصات، والعلاجات والإجراءات والوصفات الطبية وأنشطة الفوترة ذات الصلة والأنواع المماثلة من المعلومات المتعلقة بالصحة.

نحن مطالبون بموجب القانون بتزويدك بهذا الإشعار. وسوف يخبرك بالطرق التي قد نستخدم بها معلوماتك الصحية ونكشف عنها ويصف حقوقك والتزاماتنا فيما يتعلق باستخدام تلك المعلومات والكشف عنها.

### استخداماتنا وإفصاحاتنا

نستخدم عادةً معلوماتك الصحية أو نشاركها بالطرق التالية:

**تلقي العلاج.** قد نستخدم المعلومات الصحية الخاصة بك لتزويدك بالعلاج أو الخدمات الطبية. قد نكشف عن معلوماتك الصحية للأطباء أو أطباء الأسنان أو أخصائيي السلوك أو الممرضات أو الفنيين أو الصيادلة أو الموظفين أو غيرهم من موظفي NHC المشاركين في رعايتك.

**على سبيل المثال:** يسأل الطبيب الذي يعالجك من إصابة ما طبيبًا آخر عن حالتك الصحية العامة للتأكد من أنه يتخذ قرارات العلاج المناسبة لك.

قد يشارك موظفون مختلفون في مؤسستنا معلومات عنك ويكشفون المعلومات للأشخاص الذين لا يعملون في مركز صحي نيرهود Neighborhood Health Center للتنسيق رعايتك، مثل الاتصال هاتفياً لتقديم الوصفات الطبية إلى الصيدلية الخاصة بك، وجدولة العمل العملي، وطلب الأشعة السينية. قد يكون أفراد العائلة ومقدمو الرعاية الصحية الآخرون جزءًا من رعايتك الطبية خارج هذا المكتب وقد يحتاجون إلى معلومات عنك. سنطلب إذنك قبل مشاركة المعلومات الصحية مع عائلتك أو مقدي الرعاية إلا إذا كنت غير قادر على منح الإذن لمثل هذه الإفصاحات بسبب حالتك الصحية.

**لدفع الاجور.** يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية الخاصة بك والكشف عنها لإرسال الفواتير والحصول على الدفعات من الخطط الصحية أو الكيانات الأخرى.

مثال: نقدم معلومات عنك إلى خطة التأمين الصحي الخاصة بك حتى تقوم بدفع مقابل خدماتك.

**تأدية أعمال الرعاية الصحية.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها لقياس جودة عملياتنا وتحسينها. قد يتصل بك مركز صحة الجوار أو منظمة زميلة معتمدة لتقييم الجودة وأنشطة التحسين باستخدام الطريقة (على سبيل المثال، الهاتف، الرسائل النصية، البريد الإلكتروني) التي سمحت لـ NHC باستخدامها.

مثال: نقوم بمراجعة معلوماتك الصحية لتقييم أداء الموظفين وتحديد الاحتياجات التدريبية.

## حالات خاصة

يُسمح لنا أو يُطلب منا مشاركة معلوماتك بطرق أخرى - عادةً بطرق تساهم في الصالح العام، مثل الصحة العامة والأبحاث. يجب علينا استيفاء العديد من الشروط في القانون قبل أن نتمكن من مشاركة معلوماتك لهذه الأغراض. لمزيد من المعلومات، راجع: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

**المساعدة في قضايا الصحة والسلامة العامة:** قد نستخدم معلوماتك الصحية ونكشف عنها في المواقف التالية:

- الوقاية من المرض
- المساعدة في عمليات سحب المنتجات
- الإبلاغ عن ردود الفعل السلبية للأدوية
- الإبلاغ عن سوء المعاملة والإهمال أو العنف المنزلي المشتبه به
- منع أو الحد من التهديد الخطير الذي يهدد صحة أي شخص أو سلامته

**الامتثال للقانون:** سنشارك المعلومات الخاصة بك إذا كانت قوانين الولاية أو القوانين الفيدرالية تتطلب ذلك، بما في ذلك مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية إذا أرادت التأكد من أننا نلتزم بقانون الخصوصية الفيدرالي.

**البحوث.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها في مشاريع بحثية تخضع لعملية موافقة خاصة. سنطلب منك إذنًا إذا كان للباحث حق الوصول إلى اسمك أو عنوانك أو أي معلومات أخرى قد تحدد هويتك.

**التبرع بالأعضاء والأنسجة.** إذا كنت متبرعًا بالأعضاء، فقد نقوم بنشر معلوماتك الصحية إلى المنظمات التي تتولى شراء الأعضاء.

**معالجة تعويضات العمال، وإنفاذ القانون، والطلبات الحكومية الأخرى:** قد نكشف عن معلوماتك الصحية للأغراض التالية:

- مطالبات تعويض العمال
- أغراض إنفاذ القانون
- وكالات الرقابة الصحية للأنشطة التي يأذن بها القانون.
- الوظائف الحكومية الخاصة مثل الخدمات العسكرية، والأمن القومي، وخدمات الحماية الرئاسية.

**الدعوى والمنازعات.** قد نكشف عن معلوماتك الصحية استجابةً لأمر محكمة أو إداري، أو استجابةً لأمر استدعاء.

**الأطباء الشرعيين والفاحصين الطبيين ومدبري الجنازات.** يجوز لنا نشر المعلومات الصحية إلى الطبيب الشرعي أو مدير الجنازة أو الفاحص الطبي. وقد يكون ذلك ضروريًا، على سبيل المثال، لتحديد هوية الشخص المتوفى أو تحديد سبب الوفاة.

**جمع التبرعات.** قد نتصل بك لجهود جمع التبرعات، ولكن يمكنك أن تطلب عدم الاتصال بك مرة أخرى.

**العائلة والأصدقاء.** يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بك لأفراد عائلتك أو أصدقائك إذا حصلنا على موافقتك الشفهية على القيام بذلك أو إذا منحناك فرصة للاعتراض على هذا الكشف ولم تثر اعتراضًا. يجوز لنا أيضًا الكشف عن المعلومات الصحية لعائلتك أو أصدقائك إذا

استطعنا أن نستنتج من الظروف، بناءً على حكمنا المهني بأنك لن تعترض. على سبيل المثال، قد نفترض أنك توافق على الكشف عن معلوماتك الصحية الشخصية لزوجتك عندما تحضرها معك إلى غرفة الفحص أثناء العلاج أو أثناء مناقشة العلاج.

في المواقف التي لا تكون فيها قادرًا على إعطاء الموافقة (لأنك غير حاضر أو بسبب عجزك أو حالة طبية طارئة)، يجوز لنا، باستخدام حكمنا المهني، أن نقرر أن الإفصاح لأحد أفراد عائلتك أو صديقك هو في مصلحتك. في هذه الحالة، سوف نكشف فقط عن المعلومات الصحية ذات الصلة بمشاركة الشخص في رعايتك.

## مسؤولياتنا

نحن مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية وأمن معلوماتك الصحية المحمية. في حالة حدوث انتهاك قد يؤدي إلى تعريض خصوصية أو أمان معلوماتك للخطر، فسنخاطرك على الفور.

يجب علينا اتباع الواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار وتزويدك بنسخة منه. في حالة المرضى القاصرين، سيتم إرسال إشعار إلى كل من المريض ووالد القاصر أو الوصي عليه. لن نستخدم معلوماتك الصحية أو نكشف عنها لأي غرض آخر غير تلك المحددة في الأقسام السابقة دون الحصول على إذن كتابي محدد منك. مطلوب إذن كتابي لنا لاستخدام معلوماتك الصحية لأغراض التسويق، ومشاركة ملاحظات العلاج النفسي، وبيع معلوماتك. ويجوز لك إلغاء هذا التفويض كتابيًا في أي وقت. إذا قمت بإلغاء ترخيصك، فلن نستخدم معلومات عنك أو نكشف عنها للأسباب التي يغطيها ترخيصك الكتابي، ولكن لا يمكننا استعادة أي استخدامات أو إفصاحات تم إجراؤها بالفعل بإذن منك.

لمزيد من المعلومات، راجع: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## شروط ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة

يعد المركز الصحي نيرهود جزءًا من ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة بما في ذلك المشاركين في OCHIN القائمة الحالية للمشاركين في OCHIN متاحة على [www.ochin.org](http://www.ochin.org) كشريك تجاري لمركز صحة الجوار، توفر OCHIN تكنولوجيا المعلومات والخدمات ذات الصلة لمركز صحة الجوار والمشاركين الآخرين في OCHIN وتشارك OCHIN أيضًا في أنشطة تقييم الجودة والتحسين نيابة عن المشاركين فيها. على سبيل المثال، تقوم OCHIN بتنسيق أنشطة المراجعة السريرية نيابة عن المنظمات المشاركة لوضع معايير أفضل الممارسات وتقييم الفوائد السريرية التي يمكن استخلاصها من استخدام أنظمة السجلات الصحية الإلكترونية. تساعد OCHIN أيضًا المشاركين على العمل بشكل تعاوني لتحسين إدارة إحالات المرضى الداخلية والخارجية. قد تتم مشاركة معلوماتك الصحية الشخصية بواسطة مركز صحة الجوار مع المشاركين الآخرين في OCHIN أو تبادل المعلومات الصحية فقط عند الضرورة للعلاج الطبي أو لأغراض عمليات الرعاية الصحية لترتيبات الرعاية الصحية المنظمة. يمكن أن تتضمن عملية الرعاية الصحية، من بين أمور أخرى، الترميز الجغرافي لموقع إقامتك لتحسين المزايا السريرية التي تتلقاها.

قد تتضمن المعلومات الصحية الشخصية معلومات طبية سابقة وحالية ومستقبلية بالإضافة إلى المعلومات الموضحة في قواعد الخصوصية. سيتم الكشف عن المعلومات، إلى الحد الذي يتم الكشف عنه، بما يتوافق مع قواعد الخصوصية أو أي قانون آخر معمول به بصيغته المعدلة من وقت لآخر. لديك الحق في تغيير رأيك وسحب هذه الموافقة، ومع ذلك، قد تكون المعلومات قد تم تقديمها بالفعل على النحو الذي سمحت به. ستظل هذه الموافقة سارية المفعول حتى يتم إلغاؤها كتابيًا. إذا طلبت ذلك، سيتم تزويدك بقائمة الكيانات التي تم الكشف عن معلوماتك لها.

لديك الحقوق التالية فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية:

**حق الفحص والنسخ.** لديك الحق في الوصول إلى معلوماتك الصحية، مثل السجلات الطبية وسجلات الفواتير، التي نحتفظ بها ونستخدمها لاتخاذ قرارات بشأن رعايتك. يجب عليك تقديم بيان مكتوب بالمعلومات إلى عيادة NHC الخاصة بك للحصول على نسخة من سجلاتك.

**الحق في التعديل.** إذا كنت تعتقد أن المعلومات الصحية التي لدينا عنك غير صحيحة أو غير كاملة، فيمكنك أن تطلب منا تصحيح تلك المعلومات. اسألنا كيف نفعل هذا.

يجوز لنا رفض طلبك للتعديل إذا لم يكن طلبك كتابيًا أو لا يتضمن سببًا لدعم الطلب. بالإضافة إلى ذلك، قد نرفض طلبك أو نرفضه جزئيًا إذا طلبت منا تعديل المعلومات التي:

- لم نقم بإنشاء المعلومات، إلا إذا لم يعد الشخص أو الكيان الذي أنشأ المعلومات متاحًا لإجراء التعديل؛
- ليست جزءًا من المعلومات الصحية التي نحتفظ بها.
- لن يسمح لك بالفحص والنسخ.
- دقيقة وكاملة.

**الحق في المحاسبة عن الإفصاحات.** لديك الحق في طلب محاسبة الإفصاحات. هذه قائمة بالمعلومات الطبية التي كشفناها عنك لأغراض أخرى غير العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية، عندما تسمح بذلك على وجه التحديد وعدد محدود من الظروف الخاصة التي تتعلق بالأمن القومي والمؤسسات الإصلاحية وإنفاذ القانون.

للحصول على هذه القائمة، يجب عليك تقديم طلبك كتابيًا إلى كاتب الفواتير. ويجب أن تحدد فترة زمنية لا يجوز أن تزيد عن ست سنوات. يجب أن يشير طلبك إلى الشكل الذي تريد القائمة به (على سبيل المثال، على الورق أو إلكترونيًا). ستكون القائمة الأولى التي تطلبها خلال فترة 12 شهرًا مجانية. للحصول على قوائم إضافية، قد نفرض عليك تكاليف تقديم القائمة. وسوف نقوم بإعلامك بالتكلفة المتضمنة ويمكنك اختيار سحب طلبك أو تعديله في ذلك الوقت قبل تكبد أي تكاليف.

**الحق في طلب القيود.** لديك الحق في طلب تقييد أو تحديد المعلومات الصحية التي نستخدمها أو نكشف عنها عنك لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. لسنا مطالبين بالموافقة على طلبك، وقد نقول "لا" إذا كان ذلك سيؤثر على رعايتك.

**الحق في طلب الاتصالات السرية.** يحق لك أن تطلب منا التواصل معك بشأن الأمور الطبية بطريقة معينة أو في مكان معين. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا أن نتصل بك فقط في العمل أو عن طريق البريد.

لطلب اتصالات سرية، تحدث إلى فريق الرعاية الخاص بك. لن نسألك عن سبب طلبك. ونحن سوف تستوعب جميع الطلبات المعقولة. يجب أن يحدد طلبك كيف أو المكان الذي ترغب في الاتصال به.

**الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار.** لديك الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار. يمكنك أن تطلب منا أن نقدم لك نسخة من هذا الإشعار في أي وقت. حتى لو وافقت على استلامها إلكترونيًا، فلا يزال يحق لك الحصول على نسخة ورقية. يمكنك أيضًا العثور على نسخة من هذا الإشعار على موقعنا الإلكتروني.

اختر شخصًا ليتصرف نيابةً عنك: إذا منحت شخصًا ما توكيدًا طبيًا أو إذا كان شخص ما هو الوصي القانوني عليك، فيمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ خيارات بشأن معلوماتك الصحية. سوف نتأكد من أن الشخص لديه هذه السلطة ويمكنه التصرف نيابةً عنك قبل أن نتخذ أي إجراء.

## التغييرات على هذا الإشعار

نحن نحافظ بالحق في تغيير هذا الإشعار، وجعل الإشعار المعدل أو المتغير ساريًا بالنسبة للمعلومات الطبية التي لدينا بالفعل عنك بالإضافة إلى أي معلومات نتلقاها في المستقبل. ستكون الإشعارات الجديدة متاحة عند الطلب في مكتبنا وعلى موقعنا الإلكتروني. nhcoregon.org

## الأسئلة أو المخاوف أو الشكاوى

إذا كانت لديك أسئلة حول هذه السياسة أو تعتقد أن حقوق الخصوصية الخاصة بك قد تم انتهاكها، فيمكنك الاتصال بنا باستخدام المعلومات الواردة أدناه. يمكنك أيضًا اختيار تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية عن طريق إرسال خطاب إلى 20201200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. ، أو الاتصال بالرقم 1-877-696-6775، أو زيارة [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/shikawiy/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/shikawiy/).

لن يتم معاقبتك لتقديم شكوى.

Neighborhood Health Center

مركز صحي نيههود

ATTN: Risk and Compliance

انتباه: المخاطر والامتثال

7320 SW Hunziker Road, Suite 300

Portland, OR 97223

503-941-3087

concerns@nhcoregon.org