|  |  |
| --- | --- |
| Logo, company name  Description automatically generated | **أخطار حول ممارسات الخصوصية** |

يوضح هذا الأخطار كيفية استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والكشف عنها

وكيفية وصولك إلى تلك المعلومات. يُرجى مراجعتها بعناية.

مركز نيبورهود الصحي "Neighborhood Health Center" يحترم خصوصيتك. ونتعهد بعدم الكشف الآن أو في المستقبل عن معلوماتك إلى الآخرين ما لم تطلب منّا القيام بذلك، أو وفق ما يسمح لنا القانون أو يستلزم منّا القيام بذلك. وكافة وكلاء مركز نيبورهود الصحي (NHC) يتحملون مسؤولية الالتزام بكافة الشروط والأحكام الواردة في هذا الأخطار، وبالحفاظ على معلوماتك الصحية الخاصة وبتقديم أخطار لك بالالتزامات القانونية لمركز نيبورهود الصحي وممارسات الخصوصية الخاصة به. ويسري هذا الأخطار على المعلومات والسجلات التي تخصك لدينا، وبشأن صحتك، ووضعك الصحي، والرعاية الصحية والخدمات التي تتلقاها في كافة عيادات الرعاية الأولية، وعيادات الأسنان، ومراكز الصحة الموجودة في المدارس والصيدليات التابعة لمركز نيبورهود الصحي. وقد تتضمن معلوماتك الصحية المعلومات التي تم إنشاؤها وتلقيها من قبل مركز نيبورهود الصحي، والتي قد تكون في صيغة سجلات كتابية أو إلكترونية أو في صورة كلمات شفهية، وقد تتضمن معلومات عن تاريخك الصحي، ووضعك الصحي، والأعراض، والفحوصات، ونتائج الاختبارات، والتشخيصات، والعلاجات، والإجراءات، والوصفات الطبية، المتعلقة بنشاط إصدار الفواتير والأنواع المماثلة من المعلومات ذات الصلة بالصحة.

ينص القانون على تقديم هذا الأخطار لك. والذي ينص بدوره على سبل استخدامنا لمعلوماتك الصحية والكشف عنها كما يصف حقوقك والتزاماتنا فيما يتعلق باستخدام هذه المعلومات والكشف عنها.

**استخداماتنا للمعلومات وأوجه الكشف عنها**

عادةً ما نستخدم أو نشارك معلوماتك الصحية بالطرق التالية:

**للعلاج.** قد نستخدم المعلومات الصحية عنك لتزويدك بالعلاج الطبي أو الخدمات الأخرى. ويجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية إلى الأطباء، وأطباء الأسنان، والمعالجين السلوكيين، والممرضات، والفنيين، والصيادلة، وفريق العمل، أو غيرهم من الموظفين العاملين في مركز نيبورهود الصحي من المشاركين في رعايتك.

*مثال: قد يسأل الطبيب الذي يعالجك من إصابة ما* *طبيبًا آخر عن حالتك الصحية بوجه عام للتحقق من اتخاذ إجراءات العلاج الصحيحة بالنسبة لك.*

يجوز للموظفين المختلفين العاملين في مؤسستنا مشاركة بعض المعلومات عنك والكشف عن المعلومات لأشخاص لا يعملون في مركز نيبورهود الصحي لتنسيق الرعاية التي تحصل عليها، مثل الاتصال بالصيدلية فيما يتعلق بالوصفة الطبية الموصوفة لك، وجدولة الأعمال الخاصة بالمختبرات وطلب الأشعة السينية. ويجوز أن يكون أفراد أسرتك وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية لك جزءًا من رعايتك الطبية خارج هذا المكتب ويجوز لهم طلب معلومات عنك. وسنطلب إذنك قبل مشاركة المعلومات الصحية مع أسرتك أو مع مقدمي الرعاية لك ما لم يكن بإمكانك منح الإذن لمثل هذا الكشف نتيجة حالتك الصحية.

**لسداد التكاليف.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها لأغراض إعداد الفواتير والحصول على المدفوعات من البرامج الصحية أو الكيانات الأخرى.

*مثال: نقوم بتقديم المعلومات عنك إلى خطة التأمين الصحي الخاصة بك بحيث تقوم الخطة بالسداد مقابل خدماتك.*

**لعمليات الرعاية الصحية.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها لأغراض تشغيل مركز نيبورهود الصحي، ولتعزيز رعايتك، وللاتصال بك عند الحاجة.

*مثال: نقوم بمراجعة معلوماتك الصحية لتقييم أداء فريق العمل وتحديد احتياجات التدريب الخاصة به.*

**الحالات الخاصة**

يُسمح لنا أو في حال تطلب الأمر منا مشاركة معلوماتك بأي طرق أخرى – وخاصة بالطرق التي من شأنها أن تسهم في تحقيق المصلحة العامة، مثل أغراض الصحة العامة والأبحاث. ويجب أن نفي بالعديد من الشروط بموجب القانون قبل أن نتمكن من مشاركة معلوماتك لهذه الأغراض. للاطلاع على المزيد من المعلومات، راجع: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

**المساعدة في موضوعات الصحة والسلامة العامة:** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها في أي من الحالات التالية:

* الوقاية من الأمراض
* المساعدة في استدعاء المنتجات
* الإبلاغ عن الآثار الجانبية السلبية للأدوية
* الإبلاغ عن حالات الاعتداء، أو الإهمال أو العنف الأسري
* من أجل الوقاية أو الحد من التهديدات الخطيرة لصحة أو سلامة أي شخص

**امتثالًا للقانون:** نقوم بمشاركة المعلومات الخاصة بك إذا ما نصت قوانين الولاية أو القوانين الاتحادية على ذلك، بما في ذلك مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية إذا ما رغبت في التحقق من التزامنا بقوانين الخصوصية الاتحادية.

**الأبحاث.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها لأغراض المشاريع البحثية الخاضعة لإجراءات الحصول على الموافقة الخاصة منك بذلك. وسنطلب الحصول على إذن منك إذا ما كان الباحث سيحصل على اسمك، أو عنوانك أو أي من المعلومات الأخرى التي من شأنها أن تكشف عن هويتك.

**التبرع بالأعضاء والأنسجة.** إذا كنت متبرعًا بالأعضاء، يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية إلى المنظمات التي تتعامل مع توريد الأعضاء البشرية وتوفيرها.

**التعامل مع تعويضات العاملين، وسلطات إنفاذ القانون، وغيرها من الطلبات الحكومية:** ويجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية للأغراض التالية:

* مطالبات تعويض العاملين
* أغراض إنفاذ القانون
* وكالات الإشراف الصحية لأغراض الأنشطة التي يسمح بها القانون.
* المهام الحكومية الخاصة مثل الشؤون العسكرية، والأمن القومي، وخدمات الحماية الرئاسية.

**الدعاوي القضائية والنزاعات.** يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية استجابةً لأمر من المحكمة أو لقرار إداري، أو استجابةً لأمر استدعاء.

**الأطباء الشرعيون ومفتشو الصحة ومديرو الجنازات.** يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية إلى الطبيب الشرعي، أو مدير الجنازة، أو مفتش الصحة. وقد يكون ذلك ضروريًا، على سبيل المثال، للتعرف على هوية الشخص المتوفى أو تحديد سبب الوفاة.

**جمع التبرعات.** يجوز لنا الاتصال بك لأغراض جمع التبرعات، ولكن يمكنك أن تطلب منا عدم الاتصال بك من جديد.

**الأسرة والأصدقاء.** قد نكشف عن معلومات صحية تخصك لأفراد عائلتك أو أصدقائك إذا حصلنا على موافقتك الشفهية للقيام بذلك أو إذا أعطيناك فرصة للاعتراض على الكشف من هذا القبيل ولم تقدم أي اعتراضات. ويجوز لنا الكشف كذلك عن المعلومات الصحية إلى عائلتك أو أصدقائك إذا ما اعتقدنا من الظروف المحيطة، بناءً على تقديرنا المهني، أنك لن تعترض على ذلك. على سبيل المثال، قد نفترض أنك توافق على الكشف عن معلوماتك الصحية الشخصية إلى زوجتك/زوجك عندما تحضرها/تحضره معك إلى غرفة الكشف أثناء العلاج أو أثناء مناقشة العلاج.

في الحالات التي لا يكون بإمكانك فيها على تقديم الموافقة (بسبب عدم تواجدك أو فقدانك للأهلية أو بسبب أي طوارئ طبية)، يجوز لنا، بناءً على تقديرنا المهني، اتخاذ القرار بالكشف عن المعلومات إلى أفراد أسرتك أو أصدقائك بما يحقق مصلحتك. وفي هذه الحالة، نكشف فقط عن المعلومات الصحية ذات الصلة بالشخص المشارك في رعايتك.

**مسئولياتنا**

إننا مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية معلوماتكم الصحية المحمية وأمانها. وفي حالة حدوث خرق قد يُعرّض خصوصية معلوماتك أو أمنها للخطر، فسوف نخطرك على الفور.

يجب أن نتبع كافة الواجبات وممارسات الخصوصية الواردة في هذا الأخطار وأن نعطيك نسخة منه. وفي حالة المرضى القصّر، يتم تقديم الأخطار إلى كل من المريض ووالد القاصر أو الوصي عليه.

لن نستخدم معلوماتك الصحية أو نكشفها لأي غرض بخلاف تلك المحددة في الأقسام السابقة دون تفويض كتابي محدد منك. يتوجب علينا الحصول على تفويض مكتوب لاستخدام معلوماتك الصحية لأغراض تسويقية، ولمشاركة ملاحظات العلاج النفسي، ولبيع معلوماتك. ويمكنك إلغاء هذا التفويض كتابيًا في أي وقت. وإذا ألغيت التفويض، لن نستخدم معلومات عنك أو نكشفها بعد الآن للأسباب التي يغطيها تفويضك الكتابي، لكن لا يمكننا استعادة أي استخدامات أو حالات كشف للمعلومات حدثت بالفعل بإذن منك.

للاطلاع على المزيد من المعلومات، راجع:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/ understanding/consumers/noticepp.html.

**الشروط الخاصة بترتيبات الرعاية الصحية المنظمة**

يعتبر مركز نيبورهود الصحي جزءًا من ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة بما في ذلك المشاركين في شبكة المعلومات الصحية الخاصة بمجتمع أوشين (OCHIN). ويمكن الحصول على القائمة الحالية بالمشاركين في أوشين على www.ochin.org باعتبارها شريك أعمال لمركز نيبورهود الصحي، حيث تقدم أوشين خدمات تكنولوجيا المعلومات والخدمات ذات الصلة لمركز نيبورهود الصحي وغيره من المشاركين في أوشين. وتشترك أوشين كذلك في تقييم الجودة وأنشطة التعزيز بالنيابة عن المشاركين به. على سبيل المثال، تقوم أوشين بأنشطة المراجعة الإكلينيكية بالنيابة عن المؤسسات المشاركة لوضع معايير أفضل الممارسات وتقييم المزايا الإكلينيكية التي من الممكن الحصول عليها من استخدام أنظمة السجلات الصحية الإلكترونية. وتساعد أوشين كذلك المشاركين في العمل على نحو مشترك لتعزيز إدارة إحالات المرضى الداخلية والخارجية. وتجوز مشاركة معلوماتك الصحية الشخصية من قبل مركز نيبورهود الصحي مع المشاركين الآخرين في أوشين أو مع أي جهة لتبادل المعلومات الصحية فقط إذا لزم الأمر لأغراض العلاج الطبي أو لأغراض عمليات الرعاية الصحية في إطار ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة. وتتضمن عمليات الرعاية الصحية، من بين أشياء أخرى، التشفير الجغرافي لمحل إقامتك لتحسين المزايا الإكلينيكية التي تتلقاها.

قد تتضمن المعلومات الصحية الشخصية المعلومات الطبية السابقة، والحالية، والمستقبلية وكذلك المعلومات التي يتم وضع الإطار العام لها في قواعد الخصوصية. ويتم الكشف عن المعلومات، في حدود ما يتم الكشف عنه، بما يتوافق مع قواعد الخصوصية أو أي من القوانين السارية الأخرى حسب التعديلات التي تطرأ عليها من وقت لآخر. ولديك بالحق في تغيير رأيك وسحب موافقتك، إلا فيما يتعلق بالمعلومات التي تمت مشاركتها بالفعل في إطار ما سمحت به من قبل. وتظل هذه الموافقة سارية حتى يتم إلغاؤها كتابيًا من جانبك. وفي حالة طلب ذلك، سوف نقدم لك قائمة بالكيانات التي تم الكشف عن معلوماتك لها.

**حقوقك الخاصة**

انت تتمتع بالحقوق التالية فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية:

**الحق في المعاينة والنسخ:** لديك الحق في الدخول على معلوماتك الصحية، مثل السجلات الطبية وسجلات الفواتير، التي تحتفظ بها ونستخدمها لاتخاذ القرارات الخاصة برعايتك الصحية. ويجب أن تقدم تصريح الكشف عن المعلومات كتابيًا إلى العيادة التابعة لمركز نيبورهود الصحي للحصول على نسخة من سجلاتك.

**الحق في التعديل.** إذا كنت تشعر أن المعلومات الصحية التي نمتلكها عنك غير صحيحة أو غير كاملة، يجوز لك طلب تعديل المعلومات. اسألنا عن كيفية القيام بذلك.

يجوز لنا رفض طلب التعديل الذي تقدمه إذا لم يكن مكتوبًا أو إذا لم يتضمن السبب الذي يدعم طلبك. وبالإضافة إلى ذلك، قد نرفض طلبك كليًا أو جزئيًا إذا طلبت منا تعديل المعلومات التالية:

* معلومات لم يتم إنشاؤها بواسطتنا، إلا إذا لم يعد الشخص أو الكيان الذي أنشأ المعلومات متاحًا لإجراء التعديل؛
* ما لا يُعد جزءًا من المعلومات الصحية التي نحتفظ بها؛
* لن يُسمح لك بالمعاينة والنسخ؛
* المعلومات الدقيقة والكاملة.

**لديك الحق في الاطلاع على القوائم المحاسبية لعمليات الإفصاح.** ولديك الحق في طلب القوائم المحاسبية لعمليات الإفصاح. وهذه قائمة بالكشف الذي أجريناه للمعلومات الطبية المتعلقة بك لأغراض بخلاف العلاج، أو السداد، أو عمليات الرعاية الصحية، عندما حصلنا على تفويض خاص منك، وبعدد محدود من الحالات الخاصة التي تتضمن الأمن القومي، والمؤسسات الإصلاحية وسلطات إنفاذ القانون.

للحصول على هذه القائمة، يجب أن تقدم طلبك المكتوب إلى موظف الحسابات. ويجب أن ينص طلبك على فترة زمنية لا تزيد عن ست سنوات. ويجب أن يوضح طلبك الصيغة التي ترغب في الحصول على القائمة بها (على سبيل المثال، في صيغة ورقية أم إلكترونية). القائمة الأولى التي تطلبها خلال مدة 12 شهرًا تكون مجانية. وللحصول على قوائم إضافية، قد نفرض عليك رسومًا مقابل تكاليف توفير القائمة. وسنخطرك بالتكلفة ويمكنك اختيار سحب طلبك أو تعديله في ذلك الوقت قبل تكبد أي تكاليف.

**الحق في طلب قيود.** لديك الحق في طلب تقييد أو تحديد للمعلومات الصحية التي نستخدمها أو نكشفها عنك لأغراض العلاج أو سداد التكلفة أو عمليات الرعاية الصحية. ولا يتحتم علينا الموافقة على طلبك، وقد نجيب بـ "لا" إذا ما كان هذا الأمر من شأنه أن يؤثر على رعايتك.

**الحق في طلب التواصل بصورة سرية.** يحق لك أن تطلب التواصل معك بشأن الأمور الطبية بطريقة معينة أو في مكان معين. وعلى سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا الاتصال بك في العمل فقط أو عن طريق البريد.

لطلب التواصل بصورة سرية، يُرجى التحدث إلى فريق الرعاية المسؤول عنك: ولن نُطلب منك إيضاح السبب في طلبك. وسوف نقبل جميع الطلبات المعقولة. ويجب أن يحدد طلبك الكيفية أو المكان الذي ترغب في التواصل معنا بها.

**الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا الأخطار.** لديك الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا الأخطار. ويجوز لك أن تطلب منا إعطائك نسخة من هذا الأخطار في أي وقت. وحتى إذا وافقت على استلامها إلكترونيًا، فلا يزال يحق لك الحصول على نسخة ورقية. ويمكنك كذلك الحصول على نسخة من هذا الأخطار من خلال موقعنا الإلكتروني.

**اختيار أحد الأشخاص للتصرف بالنيابة عنك:** إذا ما قمت بعمل توكيل طبي لشخص ما أو إذا ما كان لديك وصي قانوني، يمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك وإجراء الاختيارات الخاصة بمعلوماتك الصحية. وسوف نتحقق من أن هذا الشخص لديه السلطة ويمكنه التصرف بالنيابة عنك قبل اتخاذ أي إجراء.

**التغييرات في هذا الأخطار**

لدينا الحق في جعل الأخطار المُعدل أو المتغير ساريًا بالنسبة للمعلومات الصحية الموجودة بحوزتنا بالفعل عنك بالإضافة إلى أي معلومات نتلقاها في المستقبل. وستكون الإخطارات الجديدة متاحة عند الطلب في مكتبنا وعلى موقعنا الإلكتروني nhcoregon.org.

**الأسئلة، أو المخاوف، أو الشكاوى**

إذا ما كانت لديك أية أسئلة حول هذه السياسة أو كنت تعتقد أنه تم انتهاك حقوق الخصوصية الخاصة بك، فيمكنك الاتصال بنا باستخدام المعلومات التالية. ويمكنك كذلك اختيار تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة عن طريق إرسال خطاب إلى العنوان التالي: ‎200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201، أو الاتصال بالرقم ‎1-877-696- 6775، أو زيارة الموقع www.hhs.gov/ocr/privacy/hipa/ complaints/‎.

**لن تتم معاقبتك إذا قمت بتقديم شكوى.**

|  |
| --- |
| مركز نيبورهود الصحي  "Neighborhood Health Center"  عناية: قسم المخاطر والامتثال  "Risk and Compliance"  ‎7320 SW Hunziker Road, Suite 300  Portland, OR 97223  ‎503-941-3087  concerns@nhcoregon.org |