

معلوماتكم. حقوقكم. مسؤولياتنا.

يصف هذا الإخطار كيفية استخدام وكشف المعلومات الطبية عنكم، وكيفية إمكانكم التوصل إلى هذه المعلومات. الرجاء مراجعتها بتمعن.

حقوقكم

لديك الحق في أن:

- إحصلوا على نسخة من سجلات الصحة والمطالبات الخاصة بكم
- أن تصحوا السجلات الصحية وسجلات المطالبات الخاصة بكم
- أن تطلبوا اتصالات سرية
- أن تطلبوا منا أن نحد من كمية المعلومات التي نتشارك بها
- أن تحصلوا على قائمة بالذين تشاركنا معهم بمعلوماتكم
- احصلوا على نسخة من إخطار الخصوصية هذا
- اطلبوا شخصا ينوب عنكم
- أن ترفعوا شكوى إن كنتم ترون أن حقوقكم قد انتهكت

« أنظروا الصفحة 2 للمزيد من المعلومات عن هذه الحقوق وكيفية ممارستها

لديكم بعض الاختيارات في الطريقة التي نتبعها لاستخدام ومشاركة المعلومات حينما نقوم بـ:

- الإجابة على أسئلة التغطية من عائلتكم وأصدقائكم
- توفير الإغاثة في حالات الكوارث
- ترويج خدماتنا وبيع معلوماتكم

« أنظروا الصفحة 3 للمزيد من المعلومات عن هذه الاختيارات وكيفية ممارستها

اختياراتكم

قد نستخدم ونشارك بمعلوماتكم عندما نقوم بـ:

- ساعدوا في إدارة الرعاية الصحية التي تستلمونها
- إدارة منظمنا
- الدفع لخدمات الرعاية الصحية
- إدارة خطة الرعاية الصحية الخاصة بكم
- المساعدة في قضايا الصحة العامة والسلامة
- القيام بالأبحاث
- الامتثال للقانون
- الرد على طلبات التبرع بالأعضاء البشرية والأنسجة والعمل مع فاحص طبي أو مدير الجنازة
- البت في طلبات تعويضات العمال، وفرض القانون وطلبات حكومية أخرى
- الرد على الدعاوي القضائية والإجراءات القانونية

« أنظروا الصفحة 3 و 4 للمزيد من المعلومات عن هذه الاختيارات وكيفية ممارستها

استخداماتنا وإفصاحاتنا

عندما يتعلق الأمر بمعلوماتكم الصحية، لديكم بعض الحقوق.
يشرح هذا القسم حقوقكم وبعض مسؤولياتنا لمساعدتكم.

- بإمكانكم طلب أو الحصول على نسخة من سجلاتكم الصحية ومطالباتكم والمعلومات الصحية الأخرى التي لدينا عنكم. إسألونا عن كيفية عمل ذلك.
- سوف نقدم نسخة أو خلاصة للسجلات الصحية والمطالبات الخاصة بكم، عادة في غضون 30 يوما من تاريخ طلبكم. قد نضع رسوما معقولة على أساس التكلفة.
- بإمكانكم الطلب منا أن نقوم بتصحيح السجلات الصحية وسجلات المطالبات إذا تعتقدون بأنها غير مضبوطة أو غير كاملة. إسألونا عن كيفية عمل ذلك.
- قد نجيب "كلا" على هذا الطلب، ولكننا سنبلغكم بالسبب كتابة في غضون 60 يوما.
- بإمكانكم أن تطلبوا منا الاتصال بكم بطريقة معينة (مثال على ذلك، رقم البيت أو المكتب) أو بإرسال البريد إلى غير عنوان.
- سوف نأخذ بعين الاعتبار كل الطلبات المعقولة، وينبغي علينا أن نقول "نعم" إذا قلتم لنا بأنكم ستكونوا في خطر إذا لم نفعل ذلك.
- بإمكانكم الطلب منا بعدم استخدام أو مشاركة بعض المعلومات الصحية للمعالجة، أو الدفع أو عملياتنا.
- نحن غير مطالبين بأن نوافق على طلبكم، وقد نجيب بـ "كلا" إذا كان له تأثير على رعايتكم.
- بإمكانكم طلب قائمة (احتساب) للمرآت التي تشاركنا بها بمعلوماتكم الصحية لمدة ست سنوات قبل تاريخ سؤالكم، بما في ذلك مع من تشاركنا، ولماذا.
- سوف نشمل كل الإفصاحات ما عدا تلك التي تتعلق بالمعالجة، والدفع، وعمليات الرعاية الصحية، وبعض الإفصاحات الأخرى (مثل تلك التي طلبتم منا أن نقوم بها). سوف نوفر لكم احتساب واحد مجاني في السنة، ولكننا سوف نضع رسما معقولا على أساس التكلفة إذا طلبتم احتساب آخر في غضون 12 شهرا.
- بإمكانكم طلب نسخة ورقية لهذا الإشعار في أي وقت، حتى لو وافقتم على استلامه إلكترونيا. سنزودكم بنسخة ورقية في الحال.
- إذا اعطيتم أحدا تفويضا طبييا أو إذا كان أحد وصي قانوني عليكم، يحق لذلك الشخص ممارسة حقوقكم واتخاذ الاختيارات عن معلوماتكم الطبية.
- سنتأكد بأن الشخص له الصلاحية ويستطيع التصرف نيابة عنكم قبل أن نتخذ أي إجراء.
- بإمكانكم أن ترفعوا شكوى إذا رأيتم بأننا قد انتهكنا حقوقكم وذلك عن طريق الاتصال بنا مستخدمين المعلومات على الصفحة (1).
- بإمكانكم رفع شكوى مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية وذلك بإرسال رسالة إلى: Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 200 أو الاتصال هاتفيا بالرقم 1-877-696-6775، أو زيارة الموقع الإلكتروني www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints
- لن ننتقم منكم لرفعكم شكوى.

إحصلوا على نسخة من سجلات الصحة والمطالبات الخاصة بكم

اطلبوا منا أن نصحح السجلات الصحية وسجلات المطالبات

طلب الاتصالات السرية

اطلبوا منا أن نحد مما نستخدمه أو نتشارك به

اطلبوا قائمة لأولئك الذين تشاركنا معهم معلوماتكم

احصلوا على نسخة من إخطار الخصوصية هذا

اطلبوا شخصا ينوب عنكم

ارفعوا شكوى إن كنتم ترون أن حقوقكم قد انتهكت

اختياراتكم

فيما يخص بعض المعلومات الصحية، بإمكانكم إعلامنا باختياراتكم عما نتشارك به. إذا كان لديكم تفضيل واضح لكيفية مشاركة معلوماتكم في الحالات المدرجة أدناه، تكلموا معنا. قولوا لنا ما يجب أن نفعله، وسوف نتبع تعليماتكم.

- المشاركة بالمعلومات مع عائلتكم، وأصدقائكم الحميمين، أو آخرين يقومون بالدفع مقابل رعايتكم
- المشاركة بالمعلومات عن حالة الإغاثة في حالات الكوارث
- إذا كنتم لا تستطيعون الإفصاح لنا عن تفضيلكم، مثلا إذا كنتم غائبين عن الوعي، قد نباشر في المشاركة بمعلوماتكم إذا نعتقد إن ذلك في مصلحتكم. بإمكاننا أيضا أن نشارك بمعلوماتكم عند الحاجة للحد من تهديد خطير ووشيك للصحة والسلامة.

في هذه الحالات، لكم الحق والاختيار للقول لنا أن نعمل ما يلي:

- في هذه الحالات لن نشارك معلوماتكم أبدا، إلا إذا أعطيتمونا إذنا خطيا منكم:
- الأسباب الترويجية
- بيع معلوماتكم
- معظم الملاحظات المتعلقة بالعلاج النفسي

استخداماتنا وإفصاحاتنا

كيف نقوم عادة بالمشاركة بمعلوماتكم الصحية؟
نشارك بمعلوماتكم الصحية عادة بالطرق التالية.

مثال: يرسل لنا طبيب معلومات عن تشخيصكم وخطة المعالجة لكي تتمكن من ترتيب الخدمات الإضافية.

- بإمكاننا استخدام معلوماتكم الصحية والمشاركة بها مع المهنيين الذين يعالجونكم.

ساعدوا في إدارة الرعاية الصحية التي تستلمونها

مثال: إننا نستخدم المعلومات الصحية عنكم لتطوير خدمات أفضل لكم.

- بإمكاننا أن نستخدم ونصرح بمعلوماتكم لإدارة منظمنا وأن نتصل بكم إذا دعت الحاجة.
- إنه غير مسموح لنا باستخدام معلومات التركيبة الوراثية لاتخاذ قرار ينمحكم التغطية وسعر تلك التغطية. إن هذا لا ينطبق على خطط الرعاية على المدى الطويل.

إدارة منظمنا

مثال: إننا نشارك بمعلوماتكم مع خطة رعاية الأسنان الخاصة بكم لتنسيق الدفع لعمل الأسنان.

- بإمكاننا أن نستخدم ونفصح بمعلوماتك الصحية عندما ندفع لخدماتكم الصحية.

الدفع لخدمات الرعاية الصحية

مثال: تتعاقد شركتكم معنا لتقديم خطة للرعاية الصحية، ونقوم بتقديم بعض الإحصائيات إلى شركتكم لشرح أقساط التأمين التي نستوفيهها.

- قد نفصح عن معلوماتكم الصحية إلى كفيل الرعاية الصحية الخاص بكم من أجل إدارة الخطة.

إدارة خطتكم

أي طرق أخرى يمكننا بها المشاركة بمعلوماتكم الصحية؟ يُسمح لنا أو يتطلب منا المشاركة بمعلوماتكم في طرق أخرى - عادة بطرق تساهم بالمصلحة العامة، مثل الصحة العامة والبحث. يجب علينا أن نقي بالعديد من الشروط في إطار القانون قبل أن نشارك بمعلوماتكم لهذه الأغراض. للمزيد من المعلومات، زوروا الموقع الإلكتروني: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

- المساعدة في قضايا الصحة العامة والسلامة
 - بإمكاننا المشاركة بمعلوماتكم الصحية لبعض الحالات، مثل:
 - الوقاية من الأمراض
 - المساهمة في سحب المنتجات من الأسواق
 - التبليغ عن الأعراض السلبية للأدوية
 - التبليغ عن اشتباه سوء المعاملة، أو الإهمال أو العنف المنزلي
 - الوقاية من أو التخفيف من وطأة التهديد الخطير لصحة أو سلامة أي شخص
- القيام بالأبحاث
- الامتثال للقانون
 - بإمكاننا أن نستخدم أو نشارك بمعلوماتكم من أجل البحث في مجال الصحة.
 - سوف نشارك بالمعلومات عنكم إذا تطلبت ذلك قوانين الولاية أو القوانين الفيدرالية، بما في ذلك وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، إذا أرادت أن تتأكد من أننا نراعي قانون الخصوصية الفيدرالي.
- الرد على طلبات التبرع بالأعضاء البشرية والأنسجة والعمل مع فاحص طبي أو مدير الجنازة
 - بإمكاننا المشاركة بالمعلومات الصحية عنكم مع تحصيل الأعضاء البشرية.
 - بإمكاننا المشاركة بالمعلومات الصحية مع الطبيب الشرعي، أو الفاحص الطبي، أو مدير الجنازة عند وفاة شخص.
- البت في طلبات تعويضات العمال وفرض القانون وطلبات حكومية أخرى
 - بإمكاننا المشاركة بالمعلومات الصحية عنكم:
 - لمطالبات تعويضات العمال
 - لأغراض فرض القانون أو لمسؤول عن فرض القانون
 - مع وكالات الرقابة الصحية للأنشطة التي أذن بها القانون
 - للأعمال الحكومية الخاصة مثل الأمور العسكرية، والأمن القومي، وخدمات الحماية لرئاسة الجمهورية
- الرد على الدعاوي القضائية والإجراءات القانونية
 - بإمكاننا المشاركة بالمعلومات الصحية عنكم في الرد على أمر من المحكمة أو أمر إداري، أو في الرد على أمر من المحكمة.

I. قد تستخدم أو تفصح OHA المعلومات الصحية المحمية (PHI) من استمارات التسجيل للمساعدة في تحديد تأهيلكم لأي برامج أو ماهية التغطية التي يجب أن تستلموها.

II. تتبع الـ OHA الشروط التابعة لقوانين الخصوصية الفيدرالية وللولايات، بما في ذلك القوانين المتعلقة بتعاطي المخدرات والإدمان على الكحول وعلاجها والحالات النفسية وعلاجها.

III. قد تستخدم أو تفصح OHA عن سجلات تعاطي المخدرات إذا كان للشخص أو للشركة الذي تستلم السجلات اتفاقية متخصصة مع OHA.

IV. إذا وفرت OHA معلوماتكم لشخص آخر بإذن منكم، قد لا تصبح هذه المعلومات تحت حماية أنظمة الخصوصية وإن الشخص الذي يستلم المعلومات قد لا يكون ملزماً بحماية هذه المعلومات. وقد يصدروا هذه المعلومات إلى شخص آخر دون إذن منك.

- إننا ملزمون بمقتضى القانون للحفاظ على خصوصية وأمن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بكم.
- سنشعركم حالا إذا حدث خرق يمكن أن يعرض خصوصية أو أمن المعلومات الخاصة بكم للخطر.
- يجب علينا أن نتبع الواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار وأن نعطيكم نسخة عنها.
- لن نستخدم أو نشارك معلوماتكم إلا كما هو مبين هنا، إلا إذا أخبرتمونا كتابيا بأنه يمكننا القيام بذلك. إذا أخبرتنا بأننا يمكننا القيام بذلك، قد تغيروا فكركم في أي وقت. أعلمونا كتابيا إذا غيرتم فكركم.

للمزيد من المعلومات زوروا الموقع الإلكتروني: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

تغييرات في شروط هذا الإخطار

بإمكاننا أن نغير شروط هذا الإخطار، وستنطبق التغييرات على كل المعلومات عنكم. سيكون الإشعار الجديد متوفرا عند الطلب، وعلى موقعنا الإلكتروني، وسوف نرسل لكم بالبريد نسخة عنه.

وافقت عليه سوزان هوفمان Suzanne Hoffman, COO 2-14-2014.

إن هذا الإخطار لممارسات الخصوصية ينطبق على هيئة الصحة بولاية أوريغون OHA وشركائها في العمل، بما في ذلك إدارة أوريغون للخدمات الإنسانية.

لاستخدام أي من حقوق الخصوصية المدونة أعلاه بإمكانكم الاتصال بمكتب OHA المحلي الخاص بكم.

لطلب هذا الإخطار بلغة أخرى، أو بطبع أحرف كبيرة أو بطريقة بريـل للمكفوفين أو أي تنسيق آخر اتصلوا هاتفيا على الرقم 503-378-3486، أو بالفاكس على الرقم 503-373-7690، أو 503-378-3523 (للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة TTY). إنه متوفر باللغة الإنجليزية ومترجم إلى اللغات الإسبانية، والروسية، والفيتنامية، والصومالية، والعربية، والبرمية، والبوسنية، والكمبودية، والكورية، واللاوية، والبرتغالية، والصينية، وبتبع أحرف كبيرة، وبطريقة بريـل للمكفوفين.

هيئة أوريغون الصحية (OREGON HEALTH AUTHORITY)

Privacy Officer, 500 Summer Street NE, E-24

Salem, OR 97301

العنوان الإلكتروني: dhs.privacyhelp@state.or.us

هاتف: 503-945-5780

فاكس: 503-947-5396