

## إشعار ممارسات الخصوصية

### مقدمة

يوضح هذا الإشعار كيف يمكن استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يُرجى مراجعته بعناية.

بموجب القانون، تلتزم مركز صحة المجتمع في مقاطعة سنو هوميش (CHC) بما يلي:

- حماية خصوصية معلوماتك.
- توفير هذا الإشعار عن ممارسات الخصوصية.
- اتباع ممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار.
- إخطارك إذا تم تسريب معلوماتك الصحية كمرضى

للحصول على مزيد من المعلومات حول ممارسات الخصوصية الخاصة بنا، أو للحصول على نسخ إضافية من هذا الإشعار، يُرجى الاتصال بنا باستخدام المعلومات الواردة في النهاية.

### الاستخدامات والإفصاحات من دون إذن مكتوب منك

إليك بعض الأمثلة حول كيفية استخدام PHI الخاصة بك ومشاركتها بدون إذنك.

**التواصل معك:** يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية للتواصل معك. على سبيل المثال، يجوز لنا الاتصال بك هاتفياً، أو إرسال رسالة نصية، أو خطاب لتذكيرك بمواعيدك أو إمدادك بنتائج الاختبارات، أو إعلامك بشأن خيارات العلاج، أو إعلامك بفعاليات التنقيف الصحي أو بالخدمات.

**العلاج:** يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية والإفصاح عنها لتوفير العلاج لك. على سبيل المثال، تجوز لنا مراجعة سجل الأدوية الخاصة بك واستخدامه في تشخيص حالتك الصحية وعلاجها وتقديم الخدمات الطبية المناسبة لك. تجوز لنا أيضاً مشاركة معلوماتك الصحية المحمية مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يعتنون بك.

**الدفع:** يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية أو الإفصاح عنها لأغراض تحديد قيمة التغطية وإصدار الفواتير وإدارة المطالبات ورد التكاليف. على سبيل المثال، يجوز لنا أن نطلع خطتك الصحية على أي علاج ستحصل عليه لتحديد ما إذا كانت الخطة ستغطي تكاليف العلاج أم لا. تجوز لنا أيضاً مشاركة معلوماتك الصحية المحمية لطلب الدفع أو استلامه من خطتك في التأمين الصحي.

**عمليات الرعاية الصحية:** يجوز لنا استعمال معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها لتحديد مواعيد عملياتنا وخدماتنا، والتحقق منها وتحسينها. على سبيل المثال، يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية لتقييم أداء موظفينا والرعاية المُقدَّمة.

**جمع التبرعات:** يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية للتواصل معك لجمع الأموال من أجل عملياتنا. يجوز لنا أيضاً الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية لمؤسسة ترتبط بنا حتى تتمكن المؤسسة من التواصل معك لجمع الأموال من أجل عملياتها. ستشمل أي مواد لجمع التبرعات تُرسل إليك بياناً بكيفية إلغاء تلقي أي اتصالات أخرى لجمع التبرعات.

**مطلوب أو مسموح به بموجب القانون:** يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية أو الإفصاح عنها عندما يُطلب منا ذلك أو يُسمح لنا بذلك بموجب القانون. على سبيل المثال، يجوز لنا الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية للسلطات المختصة إذا رأينا لأسباب معقولة أنك ضحية محتملة لسوء المعاملة أو الإهمال أو العنف المنزلي أو ضحية محتملة لجرائم أخرى. يجوز لنا أيضاً الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية بالقدر اللازم لتجنب تهديد خطير على صحتك أو سلامتك أو على صحة الآخرين أو سلامتهم.

تشمل الإفصاحات المسموح بها أو المطلوبة بموجب القانون ما يلي:

- وكالات الإشراف على الرعاية الصحية للترخيص والتدقيق
- أنشطة الصحة العامة
- أنشطة الإشراف على الصحة
- إنفاذ القانون عند الحاجة أو عندما يسمح القانون بذلك
- إجراء الأبحاث عند موافقة مجلس مراجعة مؤسسي عليها
- المطالبات بأجور العاملين
- الوكالات العسكرية أو وكالات الأمن الوطني
- الأطباء الشرعيين، والفاحصين الطبيين، ومتعهدي الجنائز

### الاستخدامات والإفصاحات من دون إذن منك، لكن يمكنك الاعتراض عليها

في حالة عدم قدرتك على الحضور أو تعرضك لظروف طارئة، سنقوم بالإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية بما يتفق مع التفضيلات التي أوضحتها مسبقاً والمعروفة لنا، وبما يحقق مصلحتك على النحو الذي يحدده تقديرنا المهني. سنسفيد أيضاً من تقديرنا المهني وخبرتنا لتقديم استنتاجات معقولة لمصلحتك للسماح لشخص ما بجمع الوصفات الطبية.

**الأسرة والأشخاص الآخرون المشاركون في رعايتك:** يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية أو الإفصاح عنها لإبلاغ أو المساعدة في تحديد موقع أحد أفراد العائلة أو أي شخص آخر مسؤول عن رعايتك لإعلامه بموقعك، أو حالتك الصحية العامة، أو الوفاة.

**جهود الإغاثة من الكوارث:** يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية أو الإفصاح عنها لكيان عام أو خاص مخول بموجب القانون أو ميثاقه للمساعدة في جهود الإغاثة في حالات الكوارث لغرض تنسيق عملية إبلاغ أفراد عائلتك عن موقعك أو حالتك الصحية العامة أو الوفاة.

### الاستخدامات وحالات الإفصاح التي تتطلب الحصول على إذن مكتوب

**ملاحظات العلاج النفسي.** يجب أن نحصل على إذن منك فيما يتعلق بأي استخدام لدفاتر ملاحظات جلسات العلاج النفسي أو الإفصاح عنها، إلا إذا كان استخدامنا لتلك الملاحظات أو الكشف عنها سيكون: (1) عن طريق من قام بعمل ملاحظات العلاج النفسي لأغراض العلاج، أو (2) من أجل برامج التدريب الخاصة بنا، والتي يتعلم فيها طلاب أو متدربو أو ممارسو الصحة تحت الإشراف كيفية ممارسة أو تحسين مهاراتهم الإرشادية، أو (3) للدفاع عن أنفسنا خلال الإجراءات القانونية التي تحركها أنت ضدنا، أو (4) وفقاً لما ينص عليه القانون، أو (5) لو كالة إشراف صحي فيما يتعلق بالإشراف على من قام بعمل ملاحظات العلاج النفسي، أو (6) للطبيب الشرعي أو المسؤول عن عمل الفحص الطبي؛ أو (7) لمنع أو تخفيف خطر جسيم ووشيك على صحة أو سلامة شخص أو عامة الناس.

## إشعار ممارسات الخصوصية

**الاتصالات التسويقية.** يجب أن نحصل على إذن مكتوب قبل استخدام المعلومات الصحية المحمية لتسويق أو بيع تلك المعلومات، بما يتفق مع التعريفات والاستثناءات المنصوص عليها في قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA).

**استخدامات وحالات إفصاح أخرى.** لن تتم الاستخدامات وحالات الإفصاح الأخرى غير تلك الموضحة في هذا الإشعار إلا بعد الحصول على تصريح مكتوب منك. على سبيل المثال، ستحتاج إلى التوقيع على نموذج تفويض قبل أن نتمكن من إرسال المعلومات الصحية المحمية إلى شركة التأمين على الحياة الخاصة بك أو إلى محاميك. يجوز لك إلغاء أي إذن من هذا القبيل في أي وقت من خلال تزويدنا بإخطار كتابي بهذا الإلغاء.

### حقوقك الفردية

**الحق في الاطلاع والنسخ.** يجوز لك طلب الوصول إلى سجلاتك الطبية وسجلات الفواتير التي تحتفظ بها من أجل الاطلاع عليها وطلب الحصول على نسخ منها. يجب أن تكون جميع طلبات الوصول إلى السجلات مكتوبة. يجوز لنا، بموجب ظروف محدودة، أن نرفض وصولك إلى سجلاتك. ويجوز لنا أن ننقاضي رسوماً مقابل تكاليف النسخ وإرسال أي سجلات مطلوبة إليك.

**الحق في وسائل الاتصال البديلة.** يجوز أن تطلب، و سنستوعب أي طلب مكتوب معقول من أجلك، تلقي المعلومات الصحية المحمية (PHI) عن طريق وسائل اتصال بديلة أو على عناوين أماكن بديلة.

**الحق في طلب القيود.** يحق لك طلب فرض قيود على المعلومات الصحية المحمية التي نستخدمها أو نفضح عنها لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. يجب أن يكون طلب فرض القيود مكتوباً وأن يكون موجهاً إلى مكتب الامتثال في العنوان 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.

لا يتعين علينا الموافقة على طلبك، باستثناء إذا كان طلبك يهدف إلى تقييد الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية لخطة صحية ما لغرض إجراء عمليات الدفع أو الرعاية الصحية، والإفصاح لا يتطلبه القانون خلافاً لذلك، وترتبط المعلومات الصحية المحمية فقط ببند من بنود الرعاية الصحية أو خدمة قمت أنت بسدادها بالكامل أو قام شخص أو كيان آخر بسدادها نيابة عنك.

**الحق في الحصول على تقرير عن عمليات الإفصاح.** يجوز لك، بناءً على طلب مكتوب، الحصول على تقرير مفصل عن عمليات الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية التي قمنا بتنفيذها في السنوات الست الأخيرة، مع مراعاة قيود وحدود معينة.

**الحق في طلب التعديل.** يحق لك تقديم طلب يقضي بأن نقوم بتعديل المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك. يجب أن يكون طلبك مكتوباً، ويجب أن يوضح سبب تعديل المعلومات. يجوز لنا رفض طلبك بموجب ظروف معينة.

**الحق في الحصول على إشعار.** يحق لك الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار بإرسال طلب بالبريد إلى مركز صحة المجتمع في مقاطعة سنوهميش (Community Health Center of Snohomish County)، على العنوان 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.

**الحق في تلقي إخطار بشأن حدوث خرق.** نحن مطالبون بإبلاغك عندما نكتشف حدوث خرق لمعلوماتك الصحية المحمية غير الأمانة، وذلك طبقاً لمتطلبات القانون الفيدرالي.

### أسئلة أو مخاوف

إذا أردت الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوق الخصوصية الخاصة بك، أو كنت تشعر بالقلق من أن حقوقك في الخصوصية قد انتهكت، فيمكنك الاتصال بخط الخصوصية الخاص بمكتب الامتثال التابع لنا على الرقم 425-789-3774. ويجوز لك أيضاً تقديم شكوى مكتوبة إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية (OCR).

لن يتم اتخاذ أي إجراءات انتقامية رداً على قيامك بتقديم شكوى سواء إلى مكتبنا أو إلى مكتب الحقوق المدنية. عنوان الفرع الإقليمي التابع لمكتب الحقوق المدنية (OCR) في ولاية واشنطن هو:

### مكتب الحقوق المدنية

U.S. Department of Health and Human Services  
RX-11 :2201 Sixth Avenue - M/S  
Seattle, WA 98121-1831

### تاريخ السريان والتغيير على هذا الإشعار

تاريخ السريان. هذا الإشعار ساري اعتباراً من 8 سبتمبر، 2023.

**التغييرات على هذا الإشعار.** يجوز لنا تغيير شروط هذا الإشعار في أي وقت. إذا قمنا بتغيير هذا الإشعار، فيجوز لنا جعل شروط الإشعار الجديدة سارية على جميع المعلومات الصحية المحمية التي تحتفظ بها، بما في ذلك أي معلومات تم إنشاؤها أو استلامها قبل إصدار الإشعار الجديد. إذا قمنا بتغيير هذا الإشعار، فسننشر الإشعار الذي تم تعديله في منطقة الانتظار في مكتبنا وعلى موقعنا الإلكتروني على الرابط [www.chcsno.org](http://www.chcsno.org). يجوز لك أيضاً الحصول على أي إشعار تم تعديله من خلال التواصل مع Community Health Center of Snohomish County على العنوان 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.