

## إشعار ممارسات الخصوصية

يصف هذا الإشعار كيف يمكن استخدام معلوماتك الطبية والعقلية والكشف عنها، وكذلك كيفية الوصول إلى هذه المعلومات.

### يرجى مراجعة هذا الإشعار بعناية

**عيادات Pacific** ملتزمة بحماية خصوصية عملائنا. نحن ندرك حقك في الحصول على شرح لكيفية استخدامنا للمعلومات الصحية المحمية (PHI) والكشف عنها للعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية.

من خلال هذا الإشعار، فإننا نخبرك عن حقوقك وواجباتك القانونية المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية (PHI).

### حقوقك

عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية المحمية (PHI)، فلديك حقوق محددة. يشرح هذا القسم تلك الحقوق بالإضافة إلى بعض مسؤولياتنا نحو مساعدتكم.

- **أفحص واحصل على نسخ من معلوماتك الصحية المحمية (PHI)**
  - مع بعض الاستثناءات (مثل ملاحظات العلاج النفسي)، لديك الحق في الفحص والحصول على نسخ من المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي لدينا عن رعايتك.
  - لفحص أو نسخ سجلاتك، يجب أن نتلقى طلبك كتابياً.
    - ملحوظة: سنزودك عادة بنسخة أو ملخص من معلوماتك الصحية المحمية (PHI) في غضون 30 يوماً من طلبك، وقد نطالبك بدفع رسوم معقولة على أساس التكلفة.
  - ليس بالضرورة أن نوافق على طلبك. إذا رفضنا طلبك، فسنخطر بك بذلك.
- **تعديل معلوماتك الصحية المحمية (PHI)**
  - لديك الحق في تعديل معلوماتك الصحية المحمية (PHI) إذا شعرت أن المعلومات الواردة في سجلاتك غير صحيحة. يجب أن تطلب منا هذا التعديل كتابياً، ويجب أن تذكر أسباب التعديل.
  - ليس بالضرورة أن نوافق على طلبك. إذا رفضنا طلبك، فسنخطر بك بذلك.
- **طلب فرض قيود على بعض الاستخدامات وعن الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية (PHI)**
  - لديك الحق في طلب فرض قيود على استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) والكشف عنها -
    - للعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية؛ أو
    - تعطى للشخص الذي يشارك في رعايتك أو دفع قيمة رعايتك الصحية
    - للأصدقاء والعائلة، من لهم صلة بموقعك أو حالتك، وفي حالة وقوع كارثة، إلى الجهة التي تساعد عند حدوث الكارثة
  - ليس بالضرورة أن نوافق على طلبك. إذا رفضنا طلبك، فسنخطر بك بذلك.
- **طلب فرض قيود عندما يتم الدفع بشكل كامل ومصروفات نقدية**
  - لديك الحق في أن تطلب، كتابياً، فرض قيود على الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لخدمة صحية لأغراض الدفع أو عمليات الرعاية الصحية إذا قمت أنت أو شخص آخر بدفع كامل المبلغ من المصروفات النقدية، للحصول على عنصر الرعاية الصحية أو الخدمات.
- **إلغاء تفويضك**
  - لديك الحق في إلغاء تفويضك لاستخدام أو الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية (PHI).
    - ملحوظة: يجب أن يكون طلبك لإلغاء التفويض كتابياً. ومع ذلك، لن يكون لهذا الإلغاء أي تأثير على الاستخدامات أو الإفصاحات قبل استلام الإلغاء.
- **استقبال محاسبة عن الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية (PHI)**
  - لديك الحق في طلب إجراء محاسبة على المرات التي شاركنا فيها معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لمدة تصل إلى ست (6) سنوات قبل تاريخ تقديم طلبك.
    - ملحوظة: لن تتضمن هذه المحاسبة الإفصاحات المتعلقة بالعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية؛ حيث تعتمد الإفصاحات التي تتم لك أو للأشخاص المشاركين في رعايتك على

## إشعار ممارسات الخصوصية

- موافقتك أو تفويضك؛ أو، بالوسائل التي تسمح بها قاعدة الخصوصية. سنقدم نسخة واحدة، دون أي تكلفة عليك، بشكل سنوي. بالنسبة للطلبات الإضافية في غضون 12 شهرا، سنحصل على رسوم معقولة تستند إلى التكلفة.
- لديك الحق في أن تطلب منا التواصل معك بشكل سري، أو بوسائل اتصال بديلة أو في مواقع بديلة.
  - ملحوظة: يجب أن يكون هذا الطلب كتابيا، ويجب أن يحدد طريقة أو المكان الذي نتواصل فيه معك.
- سننظر في جميع الطلبات ذات الأسباب المعقولة، ولكننا سنقول "نعم" إذا أخبرتنا أنك ستكون في خطر إذا لم نفعل ذلك.
- لديك الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار، حتى إذا وافقت مسبقا على استلام هذا الإشعار إلكترونيا.
- يمكنك الحصول على نسخ من هذا الإشعار من على موقعنا الإلكتروني، أو يمكنك الوصول إلى **عيادات Pacific** على العنوان وأرقام الهواتف المدرجة في الصفحة رقم 1.
- إذا كنت قد قدمت توكيلا طبيا لشخص ما، أو إذا كان شخص ما هو وصيك القانوني، فيمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك والقيام بخيارات حول معلوماتك الصحية.
- سوف نتأكد من أن هذا الشخص لديه التفويض المناسب قبل اتخاذ أي إجراء.
- يمكنك الاتصال بـ **عيادات Pacific** على العنوان ورقم الهاتف المدرج أعلاه إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوق الخصوصية الخاصة بك أو إذا كنت تشعر بالقلق من أننا انتهكنا حقوق الخصوصية الخاصة بك أو تعترض على قرار اتخذناه بشأن الوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية (PHI).
- يمكنك أيضا تقديم شكوى لدى وزارة الصحة الأمريكية ومكتب الخدمات الإنسانية للحقوق المدنية بإرسال رسالة إلى:

Office of Civil Rights, Region IX  
90 7<sup>th</sup> St., Ste. 4-100, San Francisco, CA 94103  
هاتف: (800) 368-1019  
TDD: (800) 537-7697

أو عبر الإنترنت من خلال:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)

يسمح ل**عيادات Pacific** باستخدام أو الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية (PHI)، أو قد يطلب منك بموجب القانون الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية، دون إذن منك للأغراض التالية:

- **العلاج** من خلال **عيادات Pacific**، وأيضا مع شركائنا في العمل، للعلاج والخدمات الأخرى.
- عندما نشاركك نحن ومقدم خدمة آخر كعميل لـ -
  - علاجك خلال حالة طوارئ
  - تنسيق الخدمات
  - توفير الرعاية الانتقالية الفورية بعد أن تغادرنا
- مع شركائنا في العمل الذين يقومون بالعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية أو غيرها من الخدمات نيابة عنا. يلتزم شركاء العمل بموجب العقد بحماية معلوماتك الصحية المحمية (PHI).

## إشعار ممارسات الخصوصية

- رسائل تذكيرية بالموعد لتزويدك برسائل تذكيرية بالموعد من خلال البريد أو الهاتف أو البريد الإلكتروني أو رسالة نصية.
- إجراء التوعية وتنسيق الرعاية وإدارة الحالات غيرها من المزايا والخدمات المرتبطة بالصحة والتي قد تهتمك.
- الدفع للحصول على الدفع مقابل الخدمات المقدمة لك، بما في ذلك أنشطة الفوترة ومعالجة البيانات التي تسمح لنا باسترداد تكاليف الخدمات.
- عمليات الرعاية الصحية من أجل عمليات الرعاية الصحية الخاصة بنا، بما في ذلك الإدارة الداخلية والأنشطة ذات الصلة لتحسين جودة خدماتنا وفعاليتها من حيث التكلفة.
- الإبلاغ عن إساءة الاستخدام/الإهمال إذا اعتقدنا لأسباب منطقية أنك ضحية لإساءة المعاملة أو الإهمال، من سلطة حكومية (على سبيل المثال، دائرة الخدمات الاجتماعية أو وكالات خدمات الحماية الأخرى) التي يجوز لها وفقاً للقانون تلقي مثل هذا التقرير.
- إلى السلطات المختصة فيما يتعلق بإهمال وإساءة استخدام مشتبه بها من الأطفال أو الكبار/البالغين المعالين على النحو المطلوب بموجب قانون ولاية كاليفورنيا.
- الدعاوى القضائية والنزاعات إذا كنت متورطاً في دعوى قضائية أو نزاع، استجابة لأمر محكمة أو أمر إداري.
- استجابة لأمر استدعاء أو طلب الكشف أو أي إجراء قانوني آخر بواسطة شخص آخر متورط في النزاع، ولكن فقط إذا تم بذل جهود لإخبارك عن الطلب؛ أو للحصول على طلب حماية المعلومات المطلوبة.
- إنفاذ القانون إذا طلب منهم ذلك من قبل مسؤول إنفاذ القانون -
  - للتعرف على أو تحديد موقع متهم أو هارب أو شاهد أساسي أو شخص مفقود
  - حول ضحية جريمة إذا لم تتمكن، في ظروف معينة محدودة، من الحصول على موافقة الشخص
  - حول الوفاة التي نعتقد أنها قد تكون نتيجة لسلوك إجرامي
  - حول السلوك الإجرامي في أي من مواقعنا، أو ضد أي من الأفراد أو الممتلكات
  - في حالات الطوارئ للإبلاغ عن جريمة؛ أي موقع الجريمة أو الضحايا؛ أو هوية أو وصف أو مكان الشخص الذي ارتكب الجريمة
- أنشطة الأمن القومي والاستخبارات إلى المسؤولين الفيدراليين المعتمدين للقيام بالأنشطة الاستخباراتية والاستخبارات المضادة وأنشطة الأمن القومي الأخرى المرخص لها بموجب القانون.
- خدمات الحماية للرئيس، وما إلى ذلك إلى المسؤولين الفيدراليين المخولين بذلك حتى يتمكنوا من توفير الحماية للرئيس أو لأنشطة أمنية وطنية أخرى مصرح بها بموجب القانون.
- السجناء - المعلومات الصادرة إلى المؤسسات الإصلاحية إذا كنت سجيناً في مؤسسة إصلاحية أو كنت تحت حراسة مسؤول إنفاذ القانون، إلى المؤسسة الإصلاحية أو مسؤول إنفاذ القانون -
  - لكي تقدم لك المؤسسة الرعاية الصحية
  - لحماية صحتك وسلامتك وصحة وسلامة الآخرين
  - من أجل سلامة وأمن المؤسسة الإصلاحية
- أنشطة الصحة العامة لأنشطة الصحة العامة التي قد تشمل -
  - الإبلاغ عن المعلومات الصحية إلى السلطات الصحية العامة للوقاية من الأمراض أو الإصابات أو الإعاقات أو السيطرة عليها
  - لتنبيه شخص ربما يكون قد تعرض لمرض معد أو قد يكون عرضة لخطر الإصابة بـ أو انتشار المرض أو حالة ما

## إشعار ممارسات الخصوصية

- **أنشطة الرقابة الصحية**  
إلى وكالة الإشراف الصحي التي تشرف على نظام الرعاية الصحية وتتحمل مسؤولية ضمان الامتثال لقواعد البرامج الصحية الحكومية مثل Medicare أو Medi-Cal.
- **لتجنب تهديد خطير على الصحة أو السلامة**  
عند الضرورة، لمنع تهديد خطير لصحتك وسلامتك أو صحة وسلامة العامة أو شخص آخر. مع ذلك، فإن أي إفصاح لن يكون إلا لشخص قادر على المساعدة في منع التهديد.
- **طبيب شرعي أو فاحص طبي أو متعهدو دفن الموتى**  
لتحديد سبب الوفاة، وعند الضرورة، لتنفيذ الواجبات التي يأذن بها القانون.
- **لتبادل المعلومات الصحية**  
كمشاركين في تبادل المعلومات الصحية (HIE)  
○ نحن، إلى جانب مقدمي الرعاية الصحية الآخرين، قد نشارك في واحد أو أكثر من عملية تبادل المعلومات الصحية. نظام HIE هو نظام معلومات على مستوى المجتمع يستخدمه مقدمو الرعاية الصحية المشاركون لمشاركة معلوماتك الصحية لأغراض العلاج. نظراً لأن تبادل المعلومات الصحية HIE يمثل شريكا أساسيا في أعمالنا، فإن HIE تستلم وتخزن المعلومات الصحية المحمية (PHI) إلكترونيا للعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، وهي مطلوبة لحماية المعلومات الصحية المحمية والحفاظ على سريتها.  
○ قد تتضمن المعلومات الصحية المحمية الإلكترونية التي تم الكشف عنها إلى HIE التشخيصات الحساسة مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS) والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي والمعلومات الوراثية وإساءة استخدام المواد الصحية العقلية، وما إلى ذلك. قد يتطلب قانون ولاية كاليفورنيا المطبق على تبادل المعلومات الصحية المحمية (PHI) الإلكترونية الحصول على موافقتك على مثل هذا التبادل أو يمنحك الحق في إلغاء أو تقييد هذه الموافقة.
- **الأبحاث**  
إذا وافق مجلس المراجعة المؤسسية لدينا، أو مجلس إدارة آخر لحماية البشر، على الإعفاء من التفويض، وتم وضع بعض الضمانات لضمان خصوصية معلوماتك الصحية المحمية.
- **الحالات الطارئة**  
إلى العاملين في المجال الطبي لمعالجة حالة طارئة تشكل تهديدا فوريا، وتتطلب التدخل الطبي الفوري.
- **أعراض الإغاثة من الكوارث**  
إلى منظمة تساعد في جهود الإغاثة في حالات الكوارث بحيث يمكن إبلاغ عائلتك عن حالتك ووضعك وموقعك.  
○ ملحوظة: سمنحك الفرصة للموافقة أو الاعتراض على هذا الكشف، ما لم نقرر أننا بحاجة إلى الكشف عن معلوماتك الصحية للاستجابة لظروف طارئة.
- **الأفراد العسكريين**  
وفقا لتفويض من السلطات العسكرية أو وزارة شؤون المحاربين القدامى إذا كنت عضوا في القوات المسلحة.
- **إخطار الخرق**  
إلخبارك في حال وجود وصول غير قانوني أو غير مصرح به إلى معلوماتك الصحية.  
○ ملحوظة: كما سنبلغ عن هذه الحوادث إلى السلطات الفيدرالية وسلطات الولاية، وقد نحتاج إلى استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) للقيام بذلك. إذا حدث هذا، فسنقدم لك إشعارا كتابيا.
- **أنشطة جمع التبرعات**  
إلى مؤسسة تابعة لنا، للاتصال بك لجمع الأموال لنا ولعملياتنا.  
○ ملحوظة: لديك الحق في الانسحاب من تلقي اتصالات لجمع التبرعات.
- **تعويضات العمال**  
تعويض العمال أو البرامج المماثلة التي تقدم مستحقات للإصابات أو الأمراض المرتبطة بالعمل.

## إشعار ممارسات الخصوصية

كما هو مطلوب بموجب القانون ➤ عندما يتطلب الأمر ذلك عن طريق أي قانون فيدرالي أو خاص بالولاية أو محلي غير مشار إليه بالفعل في هذا الإشعار.

قواعد خاصة بالكشف عن المعلومات النفسية واضطرابات استخدام المواد والمعلومات المتعلقة بمرض الإيدز (HIV) تنطبق القواعد الخاصة على الكشف عن المعلومات الصحية المتعلقة بالحالات النفسية واضطرابات استخدام المواد والاختبارات والعلاجات المتعلقة بمرض الإيدز (HIV). قد يتطلب الأمر الحصول على تفويض منك بالنسبة لبعض حالات الكشف عن المعلومات.

### الاستخدامات والإفصاحات الأخرى

باستثناء ما هو مذكور في هذا الإشعار، أو كما يسمح به القانون الفيدرالي أو قانون الولاية، لن نستخدم أو نشارك معلوماتك الصحية المحمية بدون تصريح كتابي منك. لن نستخدم أو نكشف عن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لأغراض التسويق، ولن نبيع معلوماتك الصحية دون تصريح منك. إذا وقعت على تفويض، وغيرت رأيك فيما بعد، فأخبرنا بذلك كتابياً. سيؤدي ذلك إلى إيقاف أي استخدامات وإفصاحات مستقبلية عن معلوماتك الصحية المحمية (PHI)، إلا أنه لن يتطلب منا استرداد أي معلومات أفصحنها عنها بالفعل.

### مسؤولياتنا تجاهك

- نحن مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية وأمن معلوماتك الصحية المحمية.
- يجب أن نتبع كل من القانون الفيدرالي وقانون الولاية عند استخدام بياناتك الصحية المحمية (PHI) والكشف عنها. وتوفر بعض القوانين حماية متزايدة للصحة العقلية وتعاطي الكحول والمخدرات وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS) والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. في الحالات التي يوفر فيها القانون الفيدرالي وقانون الولاية حماية مماثلة، سنتبع عموماً القانون الذي يمنح حماية أكبر لحقوقك أو خصوصيتك أو معلوماتك الصحية المحمية.
- يجب علينا اتباع الواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار، وأن نمنحك نسخة من الإشعار.
- لن نستخدم معلوماتك أو نشاركها بخلاف ما هو موضح في هذا الإشعار ما لم نخبرنا أنه يمكننا ذلك كتابياً. إذا أخبرتنا بذلك، فيمكنك تغيير رأيك في أي وقت. أخبرنا كتابياً إذا غيرت رأيك.
- سنخبرك على الفور إذا حدث خرق قد يكون قد أضر بخصوصية أو أمن معلوماتك.

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

### التغييرات على شروط هذا الإشعار

نحتفظ بحقنا في تغيير شروط هذا الإشعار في أي وقت، وسيتم تطبيق التغييرات على جميع المعلومات التي لدينا عنك. سيكون الإشعار الجديد متاحاً على موقعنا الإلكتروني. يمكنك أيضاً طلب نسخة من الإشعار من على مواقعنا، أو يمكنك الاتصال بـ **عيادات Pacific** على العنوان ورقم الهاتف المدرج في الصفحة رقم 1.

### إشعار عدم التمييز

تتوافق عيادات Pacific مع قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية السارية ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

تنبيه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، فستتوفر لك خدمات مساعدة اللغة مجاناً. اتصل على 5000-228-626.