


<p>مكتب خصوصية الشركة Loma Alta Avenue 499 Los Gatos, CA 95030 الهاتف: (408) 379-3790 البريد الإلكتروني: privacyofficer@pacificclinics.org الموقع الإلكتروني: www.pacificclinics.org</p>	<p>إشعار الممارسات المتعلقة بالمعلومات والخصوصية</p>	 <p>Pacific Clinics®</p>
---	--	---

يصف هذا الإشعار كيف يمكن استخدام المعلومات الصحية الخاصة بك والإفصاح عنها، وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات.

الرجاء مراجعة هذا الإشعار بدقة وعناية

إن وكالة Pacific Clinics ("الوكالة") ملتزمة بحماية خصوصية العملاء. ونحن نقر بأن لديك الحق في الحصول على إيضاح بشأن كيفية استخدامنا لمعلوماتك الصحية المحمية ("المعلومات الصحية المحمية") والإفصاح عنها لأغراض العلاج والدفع ولعمليات الرعاية الصحية. وبموجب إشعار الممارسات المتعلقة بالمعلومات والخصوصية ("الإشعار") هذا، فإننا نزودك بالمعلومات حول حقوقك واجباتنا القانونية المتعلقة "بالمعلومات الصحية المحمية" الخاصة بك.

حقوقك

عندما يتعلق الأمر "بالمعلومات الصحية المحمية" الخاصة بك فإنك تتمتع بحقوق معينة. ويوضح هذا القسم هذه الحقوق وكذلك بعض مسؤولياتنا عن مساعدتك.

- فحص نسخ من معلوماتك الصحية المحمية والحصول عليها

فيما عدا بعض الاستثناءات (مثل ملاحظات العلاج النفسي)، لديك الحق في فحص "المعلومات الصحية المحمية" التي لدينا بشأن رعايتك والحصول على نسخ منها.

لفحص سجلاتك والحصول على نسخ منها، يجب أن نتلقى طلبك مكتوبًا.

ملاحظة: سوف نرودك عادة بنسخة أو ملخص من "معلوماتك الصحية المحمية" خلال 30 يومًا من طلبك، وقد نطلبك بسداد رسوم معقولة بحسب التكلفة.

ليس علينا الموافقة على طلبك. فإن تم رفض طلبك فسوف نبلغك كتابة لتقديم إيضاح.
- تعديل معلوماتك الصحية المحمية

لديك الحق في تعديل "معلوماتك الصحية المحمية" إذا كنت ترى أن المعلومات التي تتضمنها سجلاتك غير صحيحة. ويجب أن تطلب منا هذا التعديل كتابة وأن تذكر أسبابك لهذا التعديل.

ليس علينا الموافقة على طلبك. فإن تم رفض طلبك فسوف نبلغك كتابة لتقديم إيضاح.
- طلب وضع قيود على استخدامات وإفصاحات معينة لمعلوماتك الصحية المحمية

يحق لك طلب وضع قيود على استخدام "معلوماتك الصحية المحمية" وعلى الإفصاح عنها؛

 - لأغراض العلاج، أو الدفع، أو عمليات الرعاية الصحية
 - الإعطاء لشخص مشارك في رعايتك أو سداد تكاليف رعايتك الصحية
 - إلى الأصدقاء والعائلة، فيما يتعلق بموقعك أو حالتك، وفي حالة وقوع كارثة إلى الكيان الذي يساعد في الكارثة

ليس علينا الموافقة على طلبك. فإن تم رفض طلبك فسوف نبلغك كتابة لتقديم إيضاح.
- طلب وضع قيود عندما تدفع بالكامل من مالك الخاص تفويضك

إنك تتمتع بالحق في تقديم طلب مكتوب لتقييد الإفصاح عن "معلوماتك الصحية المحمية" إلى خطة صحية لأغراض الدفع أو عمليات الرعاية الصحية إذا قمت أنت أو شخص آخر بالدفع من المال الخاص - بالكامل - مقابل بند أو خدمة من بنود أو خدمات الرعاية الصحية.

يحق لك طلب إلغاء تفويضك باستخدام "معلوماتك الصحية المحمية" وبالإفصاح عنها.

ملاحظة: يجب أن يكون طلبك بإلغاء تفويضك مكتوبًا.

لكن، لن يسري هذا الإلغاء على استخدامات أو إفصاحات حدثت قبل استلام طلبك الخاص بالإلغاء.

الحصول على بيان بالإفصاحات عن معلوماتك الصحية المحمية

- ← يحق لك طلب بيان (تقرير) بالأوقات التي شاركنا فيها "معلوماتك الصحية المحمية" حتى ما يصل إلى ست (6) سنوات تسبق تاريخ طلبك.
- ملاحظة: لن يتضمن هذا البيان الإفصاحات المتعلقة بالعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، أو الإفصاحات المقدمة إليك أو إلى الأشخاص المشاركين في رعايتك بناءً على موافقتك أو تفويضك، أو بالوسائل التي تسمح بها "قاعدة الخصوصية".
- ← وسنقدم إليك نسخة واحدة سنويًا دون تكلفة عليك. وللطلبات الإضافية خلال مدة 12 شهرًا، قد نطالبك بسداد رسوم معقولة بحسب التكلفة.

الحق في اتصالات سرية / بديلة

- ← لديك الحق في طلب تواصلنا معك بسرية، أو بوسائل اتصال بديلة، أو بمواقع بديلة.
- ملاحظة: يجب أن يكون هذا الطلب مكتوبًا ويجب أن يحدد كيفية ومكان تواصلنا معك.
- ← سوف ننظر في جميع الطلبات المعقولة، ولكن سوف "نوافق" إذا أخبرتنا أنك ستعرض لخطر إذا رفضنا.

الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار

- ← لديك الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار، حتى لو وافقت من قبل على تلقي هذا الإشعار إلكترونيًا.
- ← يمكنك الحصول على نسخ من هذا الإشعار على موقعنا الإلكتروني، أو يمكنك التواصل مع Pacific Clinics على العنوان وأرقام الهاتف المدرجة بالصفة الأولى من هذا الإشعار.

اختيار شخص ينوب عنك

- ← إذا كنت قد أعطيت شخصًا توكيلًا طبيًا أو إذا كان ثمة شخص وصيك القانوني بمقدوره ممارسة حقوقك وإجراء اختيارات بشأن معلوماتك الصحية.
- ← سوف نتأكد أن هذه الشخص يمتلك الصلاحية الملائمة قبل أن نتخذ أي إجراء.

التقدم بشكوى

- ← الرجاء التواصل مع Pacific Clinics على العنوان وأرقام الهاتف المدرجة أعلاه إذا كانت لديك الرغبة في الحصول على المزيد من المعلومات بشأن حقوقك المتعلقة بالخصوصية أو لديك مخاوف من أننا اعتدينا على حقوقك المتعلقة بالخصوصية، أو أنك لا توافق على قرار اتخذناه بشأن الوصول إلى "المعلومات الصحية المحمية" الخاصة بك.
- ← يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الولايات المتحدة الأمريكية للصحة والخدمات الإنسانية، بأن ترسل خطابًا إلى:

Office of Civil Rights, Region IX –
San Francisco, CA 94103, 100-47th St., Ste. 90
الهاتف: (800) 368-1019
هاتف الصم والبكم: (800) 537-7697

– أو عن طريق الإنترنت على: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/
إن وكالة Pacific Clinics مسموح لها باستخدام "معلوماتك الصحية المحمية" أو الإفصاح عنها، أو قد تكون مطالبة بالإفصاح عنها بموجب القانون، بدون تفويض منك للأغراض التالية:

العلاج

- ← في Pacific Clinics، ومع شركائنا في الأعمال، للعلاج وخدمات أخرى.
- ← عندما تكون عميلًا مشتركًا لنا ولمقدم خدمة آخر من أجل:
- معالجتك في حالة طوارئ
- تنسيق الخدمات
- تقديم رعاية انتقالية فورية بعد انتهاء خدمات "الوكالة" المقدمة إليك

شركاء الأعمال

- ← مع شركائنا في الأعمال الذين يقومون بالعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية أو خدمات أخرى نيابة عنا. وشركاء الأعمال ملزمون بمقتضى العقود بحماية "معلوماتك الصحية المحمية".

تذكيرات المواعيد

- ← لتزويدك بتذكيرات بالمواعيد عن طريق البريد أو الهاتف أو البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية.

تقديم التوعية، وتنسيق الرعاية، وإدارة الحالات

- ← لتقديم التوعية، أو تنسيق الرعاية، أو إدارة الحالات، أو بالمعلومات المتعلقة ببدائل العلاج أو المنافع والخدمات الأخرى المرتبطة بالصحة التي قد تهمك.

الدفع

للحصول على المدفوعات مقابل الخدمات المقدمة إليك، بما في ذلك أنشطة الفوترة ومعالجة البيانات التي تسمح لنا بتحصيل الأموال نظير الخدمات.

عمليات الرعاية الصحية

من أجل عمليات الرعاية الصحية الخاصة بنا، بما في ذلك الإدارة الداخلية والأنشطة المرتبطة للارتقاء بجودة خدماتنا وفعاليتها من حيث التكلفة.

الإبلاغ عن الإساءة / الإهمال

إذا كنا نعتقد اعتقادًا معقولاً أنك ضحية إساءة أو إهمال، فإننا نبلغ جهة حكومية (مثل وزارة الخدمات الاجتماعية أو وكالات خدمات الحماية الأخرى) مخولة بموجب القانون بتلقي هذا البلاغ. إلى السلطات الملائمة فيما يتعلق بطفل أو شخص بالغ / مسن معيل يُشتبه في تعرضه للإساءة أو الإهمال حسبما يقتضيه قانون ولاية كاليفورنيا.

الدعوى القانونية والمنازعات

إذا كنت طرفًا في دعوى قانونية (قضائية) أو منازعة، فاستجابة لأمر محكمة أو أمر إداري. استجابة لأمر مثول (استدعاء) أو طلب كشف أو إجراء قانوني آخر من شخص آخر طرف في المنازعة، ولكن فقط في حالة بذل الجهود لإبلاغك بشأن هذا الطلب، أو للحصول على أمر لحماية المعلومات المطلوبة.

إنفاذ القانون

عندما يطالبنا موظفو إنفاذ قانون بذلك؛
- للتعرف أو تحديد مكان مشتبه به أو هارب أو شاهد جوهري أو شخص مفقود
- بشأن ضحية نتجت عن جريمة إذا - في ظروف محدودة معينة - لم نستطع الحصول على موافقة الشخص
- بشأن حالة وفاة إذا رأينا أنها ربما نتجت عن سلوك إجرامي
- بشأن سلوك إجرامي في أي موقع من مواقعنا، أو ضد أي من موظفينا أو ممتلكاتنا
- في حالات الطوارئ للإبلاغ عن جريمة، مسرح الجريمة أو الضحايا، أو هوية مرتكب الجريمة أو وصفه أو مكانه

أنشطة الأمن الوطني والاستخبارات

إلى الموظفين الفيدراليين المصرح لهم فيما يتصل بالاستخبارات والاستخبارات المضادة وأنشطة الأمن الوطني الأخرى التي يخولها القانون.

خدمات حماية الرئيس، والآخرين

إلى الموظفين الفيدراليين المصرح لهم حتى يمكنهم توفير الحماية للرئيس أو أنشطة الأمن الوطني الأخرى التي يخولها القانون.

السجناء - المعلومات التي تصدر إلى المؤسسات الإصلاحية

إذا كنت سجينًا بمؤسسة إصلاحية، أو يتحفظ عليك موظف إنفاذ قانون، إلى المؤسسة الإصلاحية أو موظف إنفاذ القانون؛
- لكي توفر لك المؤسسة الرعاية الصحية
- لحماية صحتك وسلامتك أو صحة وسلامة الآخرين
- للحفاظ على سلامة وأمن المؤسسة الإصلاحية

أنشطة الصحة العامة

من أجل أنشطة الصحة العامة التي يمكن أن تشمل؛
- إبلاغ المعلومات الصحية إلى هيئات الصحة العامة لأغراض الوقاية من المرض أو الإصابة أو العجز، أو مكافحتهم
- لإعلام شخص ربما تعرض لمرض سارٍ (مُعِدٍ) أو ربما تعرض خلاف ذلك لخطر جسيم من الإصابة بمرض أو حالة صحية أو نشرهما

أنشطة الرقابة الصحية

إلى هيئة رقابة صحية تشرف على نظام الرعاية الصحية وتتحمل المسؤولية عن ضمان الامتثال لقواعد البرامج الصحية الحكومية مثل ميديكير (Medicare) أو ميدي-كال (Medi-Cal).

للتصدي لتهديد خطير على الصحة أو السلامة

إذا لزم الأمر، لمنع تهديد خطير على صحتك وسلامتك أو صحة العامة أو شخص آخر وسلامتهما. ولكن أي إفصاح لن يكون إلا لشخص قادر على المساعدة في منع التهديد.

محقق الوفيات، الفاحص الطبي، مديري الجنازات

لتحديد سبب الوفاة ولتنفيذ - حال الضرورة - الواجبات طبقًا لمقتضيات القانون.

إلى برنامج تبادل معلومات صحية باعتبارنا مشاركين في برامج تبادل المعلومات الصحية؛

- يمكن أن نكون نحن ومقدمو خدمات رعاية صحية آخرون مشاركين في برنامج تبادل معلومات صحية واحد أو أكثر. وبرنامج تبادل المعلومات الصحية هو نظام معلومات على مستوى المجتمع بأسره يستخدمه مقدمو خدمات الرعاية الصحية المشاركون به في تقاسم معلوماتك الصحية للأغراض العلاجية. ولأن هذه البرامج تعمل كما شركائنا في الأعمال فإنها تتلقى وتخزن "المعلومات الصحية المحمية" الإلكترونية لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، وهي مطالبة بحماية هذه المعلومات والمحافظة على سريتها.
- يمكن أن تتضمن "المعلومات الصحية المحمية" الإلكترونية التي يتم الإفصاح عنها إلى برامج تبادل المعلومات الصحية تشخيصات حساسة مثل فيروس نقص المناعة البشرية / مرض الإيدز، والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، والمعلومات الوراثية، وتعاطي المواد المؤثرة على الصحة العقلية، إلخ. وقد يوجب علينا قانون ولاية كاليفورنيا واجب التطبيق على تبادل "المعلومات الصحية المحمية" الإلكترونية الحصول على موافقتك على هذا التبادل أو إعطائك حق إلغاء هذه الموافقة أو تقييدها.

- الأبحاث**
- ◀ إذا وافق مجلس المراجعة المؤسسي الخاص بنا أو أي مجلس آخر معني بحماية المشاركين (المرضى) البشريين على إيقاف العمل بالتفويض، وكانت هناك ضوابط حماية معينة لضمان خصوصية "معلوماتك الصحية المحمية".
- حالات الطوارئ**
- ◀ إلى المهنيين الطبيين لمعالجة حالة طارئة تشكل تهديدًا مباشرًا وتتطلب تدخلًا طبيًا فوريًا.
 - ◀ إلى منظمة تساعد في جهد إغاثة في كارثة حتى يمكن إبلاغ أسرتك بحالتك ووضعك ومكانك.
 - ملاحظة: سوف نتيح لك الفرصة للموافقة أو الاعتراض على هذا الإفصاح، ما لم نقرر أنه يتعين علينا الإفصاح عن معلوماتك الصحية استجابة للظروف الطارئة.
- أفراد القوات المسلحة**
- ◀ حسبما تفرضه السلطات العسكرية أو إدارة شؤون المحاربين القدماء إذا كنت أحد أفراد القوات المسلحة.
- الإخطار بالاختراق**
- ◀ لإبلاغك في حالة حدوث وصول غير قانوني أو غير مصرح به إلى معلوماتك الصحية.
 - ملاحظة: سوف نقوم كذلك بإبلاغ هذه الوقائع إلى السلطات الفيدرالية وسلطات الولاية وقد نحتاج إلى استخدام "معلوماتك الصحية المحمية" لهذا الغرض. وإن حدث هذا فسوف نقدم إليك إخطارًا مكتوبًا.
- أنشطة جمع التبرعات**
- ◀ إلى مؤسسة مرتبطة بنا، للتواصل معك لجمع أموال من أجلنا ومن أجل عملياتنا.
 - ملاحظة: لديك الحق في اختيار عدم تلقي اتصالات تتعلق بجمع التبرعات.
- التعويضات العمالية**
- ◀ لبرامج التعويضات العمالية أو البرامج المماثلة التي تقدم إعانات بسبب الإصابات أو الأمراض المرتبطة بالعمل.
- حسبما يقتضيه القانون**
- ◀ عندما يُطالب بذلك بمقتضى أي قانون فيدرالي أو محلي لم تتم الإشارة إليه بالفعل في هذا الإشعار.

القواعد الخاصة بشأن الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بالأمراض النفسية واضطراب تعاطي المواد وفيروس نقص المناعة البشرية
تنطبق قواعد خاصة على الإفصاح عن المعلومات الصحية المتعلقة بالحالات (الأمراض) النفسية أو اضطرابات تعاطي المواد أو الاختبارات/ التحاليل والعلاجات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية. قد يلزم الحصول على تفويض منك في بعض حالات الإفصاح.

الاستخدامات والإفصاحات الأخرى

عدا ما يرد في هذا الإشعار، أو حسبما يقتضيه القانون الفيدرالي أو قانون الولاية، فإننا لن نستخدم أو نشارك "معلوماتك الصحية المحمية" بدون تفويض (موافقة) منك. ونحن لن نستخدم أو نصح عن "معلوماتك الصحية المحمية" لأغراض التسويق، كما لن نبيع معلوماتك الصحية بدون تفويض منك. وإذا وقعت على تفويض ثم تراجع عن قرارك فيما بعد فيجب أن تبلغنا بذلك كتابةً. وهذا سوف يوقف أي استخدامات أو إفصاحات عن "معلوماتك الصحية المحمية" في المستقبل ولكن لن يوجب علينا سحب أي معلومات أفضحنا عنها فعليًا.

مسئوليتنا تجاهك

- ◀ نحن ملزمون قانوناً بالحفاظ على خصوصية "معلوماتك الصحية المحمية" وأمنها.
- ◀ يجب أن نتبع كلا من القانون الفيدرالي وقانون الولاية عند استخدام "معلوماتك الصحية المحمية" والإفصاح عنها. وتوفر بعض القوانين حماية متزايدة للمعلومات المتعلقة بالصحة العقلية/ النفسية وبتعاطي الكحوليات والمخدرات وفيروس نقص المناعة البشرية/ مرض الإيدز والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي. وفي الحالات التي يوفر فيها كل من القانون الفيدرالي وقانون الولاية حماية مماثلة، فسوف نتبع بوجه عام القانون الذي يمنح حماية أكبر لحقوقك أو خصوصيتك أو "معلوماتك الصحية المحمية".
- ◀ يجب أن نتبع الواجبات وممارسات الخصوصية الموصوفة في هذا الإشعار، وأن نعطيك نسخة منه.
- ◀ لن نستخدم أو نشارك معلوماتك إلا في الحالات المبينة في هذا الإشعار ما لم تخبرنا كتابة أنه يمكننا ذلك. إذا أخبرتنا أنه يمكننا ذلك يمكنك تغيير رأيك في أي وقت. الرجاء إبلاغنا كتابة إذا تغير رأيك.
- ◀ سوف نبذلك على وجه السرعة إذا حدث اختراق ربما أدى إلى تفويض خصوصية معلوماتك أو أمنها.

للمزيد من المعلومات، فضلاً انظر: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

التغييرات التي تطرأ على بنود هذا الإشعار

نحن نحفظ بالحق في تغيير بنود هذا الإشعار في أي وقت، وسوف تنطبق التغييرات على كافة المعلومات التي لدينا بشأنك. وسوف يُتاح الإشعار الجديد على موقعنا الإلكتروني. ويمكنك كذلك طلب نسخة من الإشعار في مواقعنا، أو يمكنك التواصل مع Pacific Clinics على العنوان ورقم الهاتف المدرجين في الصفة الأولى.

إخطار عدم التمييز

تلتزم Pacific Clinics بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تمارس التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس.

تنبيه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية فتتوفر خدمات المساعدة اللغوية، مجاناً. فضلاً، اتصل بالرقم 228-5000 (626).