

# الإشعار بممارسات الخصوصية

دخل هذا الإشعار حيز السريان في 14 أبريل 2003. تاريخ المراجعة: يوليو (تموز) 2026.

في هذا الإخطار بيان لما يلي:

الطرق التي يجوز بها الاستعانة ببياناتكم الطبية والكشف عنها وطرق اطلاعكم عليها .  
الحقوق المكفولة لكم بشأن بياناتكم الصحية.

طرق التقدم بالشكاوى ذات الصلة بانتهاك خصوصية بياناتكم الصحية أو أمنها أو انتهاك الحقوق المكفولة لكم في هذا الشأن.

ويحق لكم تلقي نسخة (ورقية أو إلكترونية) من هذا الإخطار والتحاور بشأنها مع مُقدِّم الخدمات المعني لديكم إن كانت لديكم أي تساؤلات بخصوصه.

فرجاء قراءته بعناية.



معلومات وسجلات علاج صحتك الطبية والسلوكية هي معلومات شخصية وخاصة. وتلتزم مقاطعة أورانج بحماية معلومات الصحية. تُعرف معلومات الصحة الطبية والسلوكية التي ننشأها ونحتفظ بها باسم المعلومات الصحية المحمية، أو PHI. ونحن مطالبون بموجب قوانين الدولة والولاية بحماية خصوصية معلومات صحتك الطبية والسلوكية وبالحصول على تصريح موقع منك بخصوص بعض الإفصاحات.

إننا مطالبون بموجب القانون أن نقدم لكم هذا الإخطار عن واجباتنا القانونية وممارساتنا الخاصة بالخصوصية فيما يتعلق بمعلومات صحتك الطبية والسلوكية. ويوضح هذا الإشعار الطريقة التي يجوز لنا قانوناً استخدام والإفصاح عن معلوماتكم الصحية المحمية وحقوقكم بصدد خصوصية معلوماتكم الصحية المحمية. ويطلب منا اتباع كل بنود هذا الإشعار. كما نحتفظ بالحق لتغيير أحكام هذا الإشعار وتطبيقه على كل المعلومات الصحية المحمية التي بحوزتنا.

للإجابة عن تساؤلاتكم والاطلاع على مزيد من المعلومات، يُرجى التواصل مع المكتب المعني بشؤون الالتزام لدى وكالة الرعاية الصحية في مقاطعة أورانج (Orange County Health Care Agency Office of Compliance) عن طريق الهاتف رقم: 568- (714) 5614 أو المسؤول المعني بشؤون الخصوصية لدى المقاطعة (County Privacy Officer) عن طريق الهاتف رقم: 834-4082 (714).

نشكرك على اهتمامك وثقتك بمقاطعة أورانج لتقديم الرعاية لك.

### كيف يجوز لنا استخدام والإفصاح عن معلوماتكم الصحية المحمية

تحتل السرية عندنا بالأهمية. ويلزم أطباؤنا وموظفونا بالحفاظ على سرية المعلومات الصحية المحمية للعملاء والمرضى، ولدينا من السياسات والإجراءات وغيرها من الضمانات ما يساعد على حماية هذه المعلومات من الاستخدام والإفصاح بصورة غير سليمة. ونورد أدناه بإيجاز وصف هذه الاستخدامات والإفصاحات المتعلقة بمعلوماتكم الصحية المحمية مع ذكر بعض الأمثلة. لن يرد ذكر كل أشكال الاستخدام والإفصاح في الفئة. رغم ذلك سوف نستعرض كل الطرق التي يسمح لنا من خلالها استخدام والإفصاح عن معلوماتكم الصحية المحمية ضمن فئة من الفئات. ونصف بشكل منفصل الطريقة التي نستخدم ونفصح بها عن معلومات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وإدمان المخدرات و/أو الكحول في موضع لاحق من هذا الإشعار.

#### 1. العلاج

يجوز لنا استخدام معلوماتكم الصحية المحمية والكشف عنها لتقديم العلاج أو إدارة الحالة أو تنسيق الرعاية أو توجيه الرعاية الصحية أو التوصية بها، ولأي خدمات ذات صلة مثل الخدمات الحكومية أو الإسكان. ويجوز لنا أيضاً الإفصاح عن هذه المعلومات إلى آخرين في المقاطعة، مثل موارد المجتمع ومقدمي الخدمات الذين قد يقومون على علاجك أو يشاركون في رعايتك.

#### 2. الدفع

يجوز لنا استخدام معلوماتكم الصحية المحمية والإفصاح عنها لتحديد مسؤولية المقاطعة لدفع التكاليف، أو لتمكيننا من إعداد الفواتير وتحصيل تكاليف العلاج والخدمات المتعلقة بالصحة التي نقدمها لك. على سبيل المثال، يجوز لنا إرفاق معلومات بفاتورة تقدم إلى ميدي-كال أو ميديكير والتي نعرفكم وتعرف بتشخيصكم والخدمات المقدمة لكم بهدف تلقي الدفع.

#### 3. عمليات الرعاية الصحية

يجوز لنا استخدام معلوماتكم الصحية المحمية والإفصاح عنها لدعم أنشطة الأعمال في مقاطعة أورانج. على سبيل المثال، يجوز لنا استخدام معلوماتكم الصحية المحمية لمراجعة وتقييم علاجنا وخدماتنا وتحسين الرعاية والخدمات التي نوفرها. إضافة إلى ذلك، يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتكم الصحية المحمية لموظفين أو شركاء أعمال آخرين يقومون بإعداد الفواتير والاستشارات وخدمات الصحة والصحة السلوكية ومراجعة الحسابات والتصريح والاعتماد والتحقيق وغيرها من الخدمات لمقاطعة أورانج.

#### 4. طبقاً للقانون

يجوز لنا استخدام معلوماتكم الصحية المحمية والإفصاح عنها عندما تتطلبها القوانين على مستوى الدولة أو الولاية أو القانون المحلي. على سبيل المثال، يجوز أن تراجع وزارة الصحة والخدمات البشرية (DHHS) جهود الامتثال لدينا والتي قد تشمل الاطلاع على معلوماتكم الصحية المحمية.

## 5. شركاء الأعمال

تقدم بعض الخدمات من خلال جهات متعاقدة تسمى "شركاء الأعمال". ويجوز لنا التعاقد مع شركاء الأعمال لأداء بعض الوظائف أو الأنشطة نيابةً عنا مثل دفع الأموال و/أو عمليات الرعاية الصحية و/أو الخدمات العلاجية. ويجب أن يوافق شركاء الأعمال هؤلاء على حماية المعلومات الصحية المحمية. ونحن لا نقدم إلا أقل قدر ممكن من هذه المعلومات الضرورية لبيتسني لشريك الأعمال أداء الخدمات المحددة. إننا نشترط على شركاء الأعمال الحفاظ على معلوماتك على النحو الملانم. ومن أمثلة شركاء الأعمال، المتعاقدون من الباطن الذين ينشأون المعلومات الصحية المحمية أو يستلمونها أو يحفظونها أو ينقلونها لصالح أو نيابة عن المقاطعة وشركات إعداد الفواتير والبوابات الإلكترونية لوصف الأدوية ونظم تبادل المعلومات الصحية ومقدمي الخدمات الصحية السلوكية وباعة السجلات الصحية الإلكترونية والشخصية.

## 6. أنشطة الرقابة الصحية

يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية لوكالات الولاية أو الدولة التي تجري عمليات المراجعة والتحقيقات وأنشطة الرقابة والتفتيش على البرامج الحكومية للمزايا الصحية.

## 7. أنشطة الصحة العامة

يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها للسلطات الصحية العامة أو الوكالات الحكومية لإعداد تقارير عن بعض الأمراض والإصابات والظروف والوعكات والأحداث على نحو ما يقتضيه القانون. على سبيل المثال، قد نفصح عن هذه المعلومات لوكالة تابعة للحكومة المحلية من أجل مساعدتها أثناء التحقيق في تفشي مرض في المنطقة أو للامتثال لقوانين الولاية الحاكمة للسلامة في مكان العمل.

## 8. ضحايا الإدمان أو الإهمال أو العنف المنزلي

يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية لوكالات حكومية أخرى للإبلاغ عن الإدمان أو الإهمال أو العنف المنزلي. لن نفصح عن هذه المعلومات سوى بعد الحصول على موافقتكم، إذا كان القانون يتطلب منا ذلك، أو حين تكون هناك ضرورة لحماية شخصاً ما من أذى خطير.

## 9. القضايا والدعوى القانونية

يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها استجابة لأمر قضائي أو إداري أو لبعض مذكرات الإحضار أو غيرها من الإجراءات القانونية. وكذلك يجوز لنا استخدام هذه المعلومات والإفصاح عنها بقدر ما يسمح به القانون دون تصريح منك مثل الدفاع ضد دعوى أو في تحكيم.

## 10. إنفاذ القانون

يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية للمساعدة في تحديد أو التعرف على شخص مفقود أو مشتبه به أو هارب عندما يكون هناك اشتباه بأن الوفاة حدثت نتيجة لسلوك إجرامي، أو للإبلاغ عن جريمة حدثت في عياداتنا أو مكاتبنا، أو للإبلاغ عن أنواع معينة من الجروح أو الإصابات أو الوفيات التي قد تكون ناتجة عن جريمة للمسؤولين المفوضين مثل الشرطة أو المأمور أو مكتب التحقيقات الفدرالي لأغراض إنفاذ القانون، واستجابة لإجراءات قانونية مثل مذكرة تفتيش أو أمر قضائي.

## 11. الطب الشرعي والفحص الطبي ومديري الجنازة

يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية لمديري الجنازات وقضاة التحقيق في الوفيات والطبيب الشرعي للسماح بالتعرف على جثة أو تحديد سبب الوفاة أو للقيام بمهام رسمية أخرى.

## 12. التبرع بالأعضاء والأنشطة

يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها للمنظمات التي تعتني بتبرعات وزراعة الأعضاء والعيون أو الأنسجة.

## 13. البحث

يجوز لنا استخدام والإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية لأغراض البحث، بعد موافقة مجلس المراجعة المؤسسية (IRB) مجالس المراجعة المؤسسية هي لجان مسؤولة بموجب القانون الاتحادي عن مراجعة واعتماد الأبحاث التي تجرى على البشر لحماية سلامة المشاركين وسرية المعلومات الصحية المحمية.

#### 14. إجهاض تهديد خطير للصحة أو السلامة

يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها إذا رأينا ضرورة ذلك لتجنب أو تقليل تهديد خطير على صحتك أو سلامتك أو صحة وسلامة غيرك.

#### 15. المساجين

لا يلزم للسجناء تلقي إخطار بممارسات الخصوصية. فإذا كنت أحد السجناء بمؤسسة إصلاحية أو في عهدة أحد الموظفين المكلفين بإنفاذ القانون، يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى هذه المؤسسة أو هؤلاء الموظفين لأغراض معينة من قبيل حماية صحتك وسلامتك أو صحة وسلامة غيرك.

#### 16. النشاط العسكري والأمن القومي

يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بأفراد القوات المسلحة والإفصاح عنها للسلطات العسكرية المختصة إذا كانت ترى ضرورة ذلك للقيام بالمهام العسكرية بشكل صحيح. ويجوز لنا أيضاً الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية للمسؤولين الاتحاديين المفوضين على نحو ما يقتضيه الأمن القومي وأنشطة الاستخبارات أو لحماية الرئيس وغيره من المسؤولين الحكوميين وكبار الشخصيات.

#### 17. البرامج الحكومية للإعانات العامة

يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها لمساعدتك على التأهل لبرامج المنافع الحكومية مثل الرعاية الصحية أو Medi-Cal أو دخل الضمان التكميلي أو غيرها من المزايا أو الخدمات المتوفرة. ويجوز لنا الاتصال بك لإخبارك حول خيارات العلاج الممكنة أو الإعانات أو الخدمات المرتبطة بالصحة.

#### 18. تعويضات العمال

يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها من أجل الامتثال لقوانين تعويض العاملين أو البرامج المشابهة التي تقدم مزايا لحالات المرض أو الإصابة المرتبطة بالعمل. على سبيل المثال يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الطبية بخصوص مرض أو إصابة طبية متعلقة بالعمل لمسؤولي المطالبات وشركات التأمين وغيرهم من المسؤولين لتقييم مطالبتك بالحصول على مزايا تعويضات العاملين.

#### 19. أفراد الأسرة والأصدقاء المشاركين في الدفع نظير رعايتك

يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية لأحد الأصدقاء أو أحد أفراد العائلة أو أي شخص آخر يشارك في رعايتك أو دفع تكاليفها. على سبيل المثال، يجوز لك أن تحضر معك صديقاً أو أحد أفراد الأسرة أثناء الزيارة وتجلس ذلك الشخص في غرفة الفحص أثناء الحديث مع موفر الرعاية الصحية. ويجوز لك أن تعلمنا شفويّاً أو كتابياً في حالة اعتراضك على الإفصاحات إلى أسرتك أو أصدقائك.

#### 20. الإفصاح في حالة الإغاثة من الكوارث

يجوز لنا الإفصاح عن اسمك ومدينة الإقامة والعمر والجنس والحالة العامة للمنظمات العامة أو الخاصة للإغاثة في حالات الكوارث لتوفير الرعاية الطبية اللازمة أو لمساعدتك في العثور على أفراد عائلتك.

#### 21. الإفصاح إلى الوالدين كممثلين شخصيين عن القصر

يجوز لنا في معظم الحالات الإفصاح لك عن المعلومات الصحية المحمية لطفلك القاصر. إلا أنه في بعض الحالات يسمح لنا ونطالب في بعض الأحيان بموجب القانون بمنعك من الحصول على المعلومات الصحية المحمية لطفلك القاصر ومن الأمثلة التي يجب فيها علينا منعك من الحصول على هذه المعلومات. استناداً إلى نوع الرعاية الصحية، هو عندما يكون القاصر الذي يبلغ من العمر 12 سنة أو أكثر يلتبس الرعاية لحالة أو مرضٍ معديّ. ثمة حالة أخرى يجب فيها علينا منع الوالدين من الحصول على المعلومات وهي عندما يكون للقصر حقوق الكبار لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بهم. ومن بين هؤلاء القصر، على سبيل المثال، القصر المتزوجين أو من سبق لهم الزواج أو الحاصلين على إعلان تحرر من محكمة.

#### 22. إخطارات الموعد

يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية التي قدمتها لنا لتذكيرك بمواعيدك القادمة لتلقي العلاج أو الرعاية الصحية الأخرى التي قد تحتاج إليها.

## 23. سجلات التطعيم

يجوز لنا في حالة وجود تفويض خطي أو شفهي من أحد الوالدين أو الوصي أو أي شخص آخر يتصرف مقام الوالدين أو قاصر محرر، الإفصاح للمدرسة عن الدليل على تحصين طفلك و/أو معلومات عن طفل يكون طالباً أو طالباً محتملاً على نحو ما يقتضيه قانون الولاية أو قانون آخر.

## 24. التحقق من الهوية

يجوز لنا تصويرك لأغراض تحديد الهوية. ويمكن تخزين صورك في سجلك الطبي، ويمكنك رفض التقاط صورتك. إن شئت، عن طريق الاتصال بمزود الخدمة.

## 25. تبادل المعلومات الصحية

يجوز لنا تبادل معلوماتك الصحية إلكترونياً مع غيرنا من مقدمي الرعاية الصحية خارج منشأتنا الذين يشتركون في رعايتك.

يجوز لنا المشاركة في نظام تبادل المعلومات الصحية (HIE) لأغراض العلاج. وهو نظام إلكتروني يُمكن مقدمي الرعاية الصحية المشاركين من تبادل المعلومات المتعلقة بالمرضى مع الامتثال لقوانين الخصوصية على مستوى الولاية والدولة. ما لم تُخطرنا خلافاً لذلك بأنك تعترض، فسوف نشارك معلوماتك الصحية إلكترونياً مع مقدمي الرعاية الصحية المشاركين على النحو اللازم لتلقي العلاج. ولن يُرسل إلى نظام تبادل المعلومات الصحية المعلومات الصحية للمرضى التي تتطلب حالياً بموجب القانون تصريحاً موقعاً، إلا بعد موافقتك.

## 26. السجلات الصحية الإلكترونية

يجوز لنا استخدام سجل صحي إلكتروني لتخزين معلوماتك الصحية واسترجاعها. ومن مزايا هذا السجل الصحي الإلكتروني هو القدرة على نشر وتبادل المعلومات الصحية بين الموظفين وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية المجتمعية المشاركين في رعايتك. عندما ندخل معلوماتك في السجل الصحي الإلكتروني، فإنه يجوز لنا تبادل هذه المعلومات عن طريق استخدام قواعد البيانات السريرية المشتركة أو نظم تبادل المعلومات الصحية. ويجوز لنا أيضاً تلقي معلومات عنك من مقدمي الرعاية الصحية الآخرين في المجتمع الذين يشاركون في رعايتك عن طريق استخدام قواعد البيانات المشتركة أو نظم تبادل المعلومات الصحية. إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات حول تبادل معلوماتك أو مشاركتها، يرجى مناقشتها مع مزود الخدمة.

## 27. التواصل مع الأسرة والآخرين في حضورك

سيتواجد في بعض الأحيان بعض أفراد الأسرة أو شخص آخر يشارك في رعايتك أثناء مناقشة معلوماتك الصحية المحمية معك. فإذا كان لديك اعتراض، أخبرنا به من فضلك ولن نناقش هذه المعلومات أثناء وجوده.

## 28. التواصل مع الأسرة والآخرين في غيابك

قد تأتي أوقات يكون لا بد من الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية لأحد أفراد الأسرة أو غيرهم من المشاركين في رعايتك نظراً لوجود أمر طارئ أو لأنك تفتقر إلى القدرة على اتخاذ قرار بالموافقة أو الرفض. ففي هذه الحالات سوف نستخدم تقديرنا المهني لتحديد ما إذا كان من الأفضل لك الإفصاح عن هذه المعلومات. وإذا كان الأمر كذلك، فسوف نقصر الإفصاح على المعلومات الصحية المحمية التي تتصل مباشرة باشتراك الشخص في الرعاية الصحية. على سبيل المثال، قد نفصح عن احتمالية تعرضك لأحد الأمراض المعدية التي تستدعي عناية فورية.

## يتطلب استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها إذن خطي منك

سوف نحصل على إذن كتابي منك عبر تصريح لاستخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها فيما لا يغطيه هذا الإخطار. وتستطيع إلغاء التصريح خطياً في أي وقت وسوف نتوقف عن الإفصاح للأسباب المذكورة في التصريح الخطي. ولا تتأثر بهذا الإلغاء أي إفصاحات تمت قبل الإلغاء.

## الكشف مُجددًا عن البيانات الصحية المحمية

يجوز لأي جهة من الجهات، التي تتلقى البيانات التي يُجرى الكشف عنها بموجب هذا الإخطار، أن تُطلع أي جهة أخرى على هذه البيانات؛ وحينئذٍ لا تبقى هذه البيانات محمية بعد الكشف عنها.

## الاستخدامات والإفصاحات عن معلومات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

يعطي قانون ولاية كاليفورنيا حماية مشددة على معلومات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ويجب علينا عموماً الحصول على تصريح خطي منك يسمح بالإفصاح على وجه التحديد عن نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز عن كل مرة يتم فيها الإفصاح. ويجوز لنا الإفصاح عن نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز دون تصريح منك وعلى نحو ما تتطلبه قوانين الولاية لإعداد التقارير وذلك لأغراض التحقيق في أمور الصحة العامة أو السيطرة عليها أو مراقبتها. وبالإضافة إلى ذلك، قد يتم الإفصاح لأحد مقدمي الرعاية الصحية دون الحصول على تصريح محدد من المريض لأغراض التشخيص أو الرعاية أو العلاج المباشرة.

ويجوز لطبيبك الذي يأمر بإجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية بالنيابة عنك أن يفصح عن نتيجة اختبار فيروس نقص المناعة البشرية الخاصة بك لموفري الرعاية الصحية لأغراض تتصل بتشخيص حالتك أو توفير الرعاية والعلاج لك .

### استخدام وكشف سجلات اضطرابات استعمال المواد والكحوليات

إن سرية سجلات اضطرابات استعمال المواد والكحوليات الخاصة بك محمية بموجب المادة 42 من قانون الولايات المتحدة (USC)، الفقرة 290dd-2، وبموجب لوائح وزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية (HHS) في المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)، الجزء 2 - سرية سجلات اضطرابات استخدام المواد. وبشكل عام فإنه غير مسموح لنا بالكشف عن مشاركتك في البرنامج أو تقديمك لأي شخص خارجي على أنك تعاني من مشكلة بسبب تناول الكحوليات أو تعاطي المخدرات ما لم:

- (1) توافق أنت على ذلك كتابةً.
- (2) يؤدي الكشف إلى منع تعدد المشاركة في برنامج المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)، الجزء 2 (42 CFR Part 2).
- (3) يُسمح بالكشف بموجب أمر من المحكمة .
- (4) يتم الكشف إلى العاملين في المجال الطبي بالقدر اللازم لإسعاف حالة طبية طارئة بنية حسنة .
- (5) يكن الكشف لغرض إجراء البحوث العلمية.
- (6) يتم الكشف لبعض أغراض التدقيق و/ أو التقييم.

تسمح القوانين واللوائح الفدرالية لبرنامجنا بالإفصاح عن معلومات تعريف شخصيتك إلى وكالات إنفاذ القانون أو المسؤولين فيما يتعلق بجريمة ارتكبتها في برنامجنا أو ضد أي شخص يعمل لصالح البرنامج أو فيما يتعلق بأي تهديد بارتكاب مثل هذه الجريمة.

تسمح القوانين واللوائح الفدرالية لبرنامجنا بإبلاغ سلطات الولاية أو السلطات المحلية المختصة بموجب قانون الولاية عن معلومات تعريف الشخصية فيما يتعلق بالحوادث المشتبه بها في إساءة معاملة الأطفال أو تجاهلهم.

ويجوز الاستعانة بالموافقة المكتوبة منكم، بعد تحصيلها، بوصفها إقراراً مُوحَّداً بالموافقة على جميع أوجه استخدام هذه البيانات والكشف عنها مستقبلاً في سبيل استيفاء مقاصد العلاج والساد وأعمال الرعاية الصحية.

غير أنه لا يجوز الاستعانة بالسجلات أو الإفادات، التي يُنقل فيها محتوى تلك السجلات، أو الكشف عنها في أي إجراء من إجراءات القضايا المدنية أو الإدارية أو الجنائية أو التشريعية التي قد تُوجَّه ضدكم، إلا بموجب موافقة مكتوبة ومحددة منكم بخصوص ذلك أو بمقتضى أمر صادر من إحدى المحاكم. ولا يُستعان بالسجلات، ولا يُكشَف عنها، إلا بموجب أمر صادر من إحدى المحاكم بعد إخطارك بشأن ذلك وإمهالك، أنتم، أنفسكم، أو صاحب السجل نفسه، مدةً للإدلاء بشهادتكم؛ وذلك وفق مقتضيات الأحكام الواردة في البند (USC 290dd-2 42) والبند (CFR Part 42). ويجب أن يُرفَق بأمر المحكمة، الذي يُجيز الاستعانة بتلك البيانات أو الكشف عنها، بأمر استدعاء أو أي أمر قضائي آخر يُماثل ويستوجب الكشف عن تلك البيانات؛ وذلك قبل الكشف عنها فعلياً.

أما السجلات التي يُطلَع عليها أي برنامج من البرامج العاملة بمقتضى أحكام الفصل (CFR part 2 42) أو أحد الكيانات المشمولة أو الشركاء التجاريين، بموجب موافقتكم المكتوبة، التي يُستعان بها على تقديم العلاج وإجراءات السداد وأعمال الرعاية الصحية، فيجوز لذلك البرنامج أو الكيان أو الشريك أن يُطلَع عليها أي جهة أخرى بخلافه، وذلك بالقدر الذي تُجيزه لوائح قانون نقل بيانات التأمين الصحي والمساءلة بشأنها (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

ويحق لكم تلقي قائمة فيها بيان المرات التي كشفت فيها أي جهة من الجهات عن بياناتكم في غضون الأعوام الثلاثة الأخيرة. ويحق لكم التحاور بشأن هذا الإخطار مع مُقدِّم الخدمات لديكم والمقاطعة والمكتب المعني بشؤون الالتزام لدى وكالة الرعاية الصحية، بعضهم أو جميعهم.

إذا كنت ترى أن خصوصية معلوماتك المحمية بموجب المادة 42 من قانون الولايات المتحدة (USC)، الفقرة 2-290dd، والمادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)، الجزء 2، قد انتهكت، يمكنك الاتصال بمكتب المدعي الأمريكي بمنطقة كاليفورنيا الوسطى، المكتب الفرعي بسانتا آنا على العنوان التالي: 411 W. Fourth Street, Suite 8000, Santa Ana, CA 92701 أو عن طريق الهاتف على رقم (855) 898-3957.

## حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية

### 1. الحق في رؤية معلوماتك الصحية المحمية ونسخها

مع مراعاة بعض الاستثناءات، لك الحق في رؤية أو الحصول على نسخة من معلوماتك الصحية المحمية التي نحفظ بها في سجلات تتعلق برعايتك أو قرارات خاصة بهذه الرعاية أو دفع تكاليفها. ولك الحق في الاطلاع على سجلاتك في أي صيغة تحفظها بها مقاطعة أورانج ويمكنك توجيهها ليتم إرسالها إلى طرف ثالث. ويجب أن يقدم طلبك خطياً ويجوز فرض رسوم عن تكاليف النسخ والبريد وغيرها من الأشياء المستخدمة في تحقيق طلبك. يجوز لنا في حالات محدودة رفض بعض طلباتك أو كلها بخصوص رؤية سجلاتك أو الحصول على نسخ منها. وإذا تم الرفض، فسوف نخبرك كتابة بالسبب ونشرح حقك، إن وجد، في مراجعة هذا الرفض.

• تُبين اللائحة الختامية للقانون النافذ بشأن سبل العلاج في القرن الحادي والعشرين (21st Century Cures Act Final Rule) بعض الأحوال الاستثنائية بخصوص تمكينكم من الاطلاع على بياناتكم الصحية المصونة. ومن ذلك بعض الحالات التي يجوز لنا فيها رفض تمكينكم من الاطلاع على تلك البيانات بموجب أحد تلك الاستثناءات التي وردت في ذلك القانون. ومع ذلك، إن حدث أن رفضنا تمكينكم من الاطلاع على تلك البيانات من دون وجود أي استثناء نافذ بخصوص هذه الحالة، فيجوز الاعتداد بذلك بوصفه حجباً للبيانات عنكم. وإن رأيتم أنكم قد خُرمتم حقكم في الاطلاع على بياناتكم الصحية المحمية، ودون وجه حق، فيمكنكم التقدم بشكاواكم إلى المكتب المعني بشؤون الالتزام (Office of Compliance, OOC) والتابع لوكالة الرعاية الصحية في مقاطعة أورانج (Orange County Health Care Agency) أو مكتب المنسق الوطني المعني بشؤون تقنيات البيانات الصحية (Office of the National Coordinator for Health Information Technology, ONC). ويمكنكم التقدم بشكاواكم إلى هذا المكتب (ONC) عن طريق هذا الرابط: <https://inquiry.healthit.gov/support/plugins/servlet/desk/portal/6>.

### 2. الحق في الاطلاع على نتائج فحص المختبر ونسخها

لك الحق في رؤية ونسخ معلوماتك الصحية المحمية التي تتألف من النتائج المكتملة للفحوصات المخبرية أو تقارير مختبرات الصحة العمومية بمقاطعة أورانج بعد إتمام عملية المصادقة المناسبة. يجب أن يقدم الطلب كتابة ويجوز تحصيل أتعاب نظير تكاليف النسخ والبريد، ونظير أي توريدات أخرى مستخدمة للوفاء بطلبكم.

### 3. الحق لطلب تعديل

لك الحق في مطالبتنا بتصحيح سجلك أو إدخال إضافات إليه إذا كنت تعتقد بوجود خطأ في المعلومات الصحية المحمية أو غياب معلومات مهمة. ويجب أن يكون الطلب خطياً ويشرح ما هي الإضافات أو التصويبات التي تطلبها، وأسباب تلك الإضافات أو التصويبات. وسوف نرد عليك كتابة بعد استعراض طلبك. وإذا وافقنا على الطلب فسنقوم بإجراء التصحيح أو الإضافة.

يجوز لنا رفض طلبكم إذا لم يكن كتابة أو إذا لم يتضمن سبباً لتأييد الطلب. ويجوز لنا أيضاً أن نرفض طلبكم في الحالات الآتية:

- كانت المعلومات الواردة في سجلك صحيحةً ودقيقةً.
- لم نكن نحن من أنشأ المعلومات في سجلك أو لم يكن الشخص الذي قام بإنشائها متوفراً لإجراء التعديل.
- لم تكن المعلومات جزءاً من السجلات المسموح لك برؤيتها ونسخها.

إذا رفضنا طلبك بشأن التعديلات، فسوف نخبرك السبب ونشرح حقك في تقديم بيان اعتراض خطي. ويجب ألا يتجاوز بيانك خمس صفحات. ويجب عليك أن تخبرنا خطياً بشكل واضح إذا كنت تريد منا أن ندخل بيان الاعتراض إلى جانب طلب التعديل الأصلي ورفضنا الخطي ضمن الإفصاحات المستقبلية التي نجرها في هذا الجزء من سجلاتك الطبية.

### 4. الحق في حساب الإفصاحات

لك الحق في طلب قائمة إفصاحاتنا عن معلوماتك الصحية المحمية. ويجب أن يكون الطلب خطياً ويمكن ألا يشمل إلا على الإفصاحات التي حدثت بين تاريخ طلبك وحتى ست سنوات قبله.

و لطلب محاسبية، يمكنك الكتابة إلينا على وكالة الرعاية الصحية بمقاطعة أورانج، أمين السجلات، ص.ب.355، سانتا أنا، كاليفورنيا 92702 أو يمكنك ملء نموذج طلب محاسبية الإفصاحات الموجود في <http://ochealthinfo.com/about/admin/programs/records> يحق لك الحصول على محاسبية إفصاح واحدة كل 12 شهرا بدون أي رسوم. وإذا طلبت أي محاسبيات إضافية في أقل من 12 شهرا فقد نطلبك بدفع رسوم.

لن تتضمن القائمة الإفصاحات التالية:

- التي قدمت بشأنها تصريحاً موقعاً؛
- اللازمة لإجراء عمليات العلاج ودفع التكاليف والرعاية الصحية؛
- لأفراد الأسرة أو الأصدقاء المشاركين في علاجكم الطبي أو رعايتكم الطبية؛
- للمعتقلات أو السجون أو إنفاذ القانون؛ أو
- التي لا يشملها الحق في المحاسبة.

بالنسبة للسجلات الصحية الإلكترونية، سوف تشمل محاسبية الإفصاحات عمليات الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية الذي تمت من أجل إجراء عمليات العلاج ودفع التكاليف والرعاية الصحية. ويقتصر هذا الشرط على الإفصاحات الواقعة ضمن فترة الثلاث سنوات السابقة لطلبك وبعد 1 يناير 2014.

#### 5. الحق في طلب فرض قيود على استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها

يحق لك طلب وضع قيود أو حدود على كيفية استخدامنا أو إفصاحنا عن معلوماتك الصحية المحمية لأغراض العلاج أو دفع التكاليف أو الرعاية الصحية. على سبيل المثال، بمقدورك أن تطلبوا منا وضه حد للمعلومات التي نشاركها مع شخص ما مشارك في رعايتكم أو الدفع نظير رعايتكم. كذلك يجوز لك المطالبة بوضع حدود للإفصاح لزوجتك. ويجوز لنا المطالبة بأن تعطينا طلبك كتابةً وسنستعرضه وننظر فيه. وفي حالة موافقتنا عليه، فلن نستخدم أو نفصح عن المعلومات الصحية المحمية بما يتعدى مثل هذا الحد، إلا إذا رأينا أن هذه المعلومات مطلوبة بموجب القانون أو لتقديم ما يلزمك من علاج أو رعاية طبية.

لسنا مطالبين بالموافقة على طلبك، إلا أن يكون لديك الحق في تقييد الإفصاحات على خطة صحية أو جهة تأمين سداد التكاليف أو لأغراض عمليات الرعاية الصحية، أو لشريك أعمال إذا قمت أنت أو من ينوب عنك بدفع جميع تكاليف خدمات أو مواد الرعاية الصحية نقداً في وقت طلب التقييد. ومع ذلك لا يزال بوسعنا الإفصاح عن المعلومات إلى خطة صحية أو جهة تأمين أو شريك أعمال لغرض علاجك أو إذا كان ذلك مطلوباً بموجب القانون .

إذا لم تدفع أنت أو من ينوب عنك تكاليف الخدمات كاملةً ونقداً، فلا يجب علينا الموافقة على طلبك بتقييد استخدام المعلومات الصحية المحمية أو الإفصاح لأغراض عمليات العلاج أو دفع التكاليف أو الرعاية الصحية. وسوف ننظر في جميع الطلبات المقدمة، وإذا قمنا برفض طلبك فسنخطرك بذلك كتابةً.

بالنسبة لطلبات تقييد المعلومات الصحية المحمية لأغراض دفع التكاليف أو عمليات الرعاية الصحية، يرجى تقديم طلب التقييد قبل تلقي الخدمات، ويمكنك الكتابة إلينا على وكالة الرعاية الصحية بمقاطعة أورانج، أمين السجلات، ص.ب.355، سانتا أنا، كاليفورنيا 92702 أو يمكنك ملء نموذج "الحق في طلب فرض قيود" الموجود على: <http://ochealthinfo.com/about/admin/programs/records>

#### 6. الحق لطلب اتصالات سرية

يحق لكم طلب طريقة الاتصال بكم للحفاظ على خصوصيتكم. على سبيل المثال، يجوز لكم أن تطلبوا منا الاتصال بكم على أرقام عملكم فقط، أو إرسال البريد إلى عنوان خاص. يجب أن يقدم طلبكم كتابةً ويجب أن يحدد طريقة أو مكان الاتصال بكم. وسوف نلبي كل الطلبات المعقولة .

إذا تم تخزين معلوماتك الصحية المحمية إلكترونياً، يمكنك طلب نسخة من السجلات بالصيغ الإلكترونية التي تقدمها مقاطعة أورانج. ويمكنك أيضاً تقديم طلب خطي محدد إلى مقاطعة أورانج لنقل النسخة الإلكترونية إلى طرف ثالث معين .

إذا كانت تكلفة تلبية طلبك تتضمن مبلغاً إضافياً يزيد عن المعقول، يسمح لنا أن تفرض عليك رسوم التكاليف التي تزيد عن هذا المبلغ.



## 7. الحق لإلغاء التفويض

لك الحق في استعادة أو إلغاء التصريح الكتابي لاستخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها في أي وقت. ويجب عليك إعلامنا بإلغاء كتابة. وإذا استعدت التصريح الكتابي فسوف نوقف مشاركة هذه المعلومات. مع ذلك لا نستطيع استرجاع أي معلومات تم استخدامها أو مشاركتها بالفعل عندما كان تفويضكم سارياً .

تتطلب المقاطعة بموجب القانون بالاحتفاظ بسجل العلاج الطبي المقدم لك من المقاطعة سواء أعطينا تصريح كتابي للاستخدام أو المشاركة أم لا. ولا يحق لكم طلب شطب المعلومات من السجل.

## 8. الحق في نسخة ورقية من هذا الإشعار

ما لم تكن أحد السجناء، لك الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا الإخطار وقتما تشاء.

## 9. إخطار المخالفة

في حالة حدوث خرق لمعلوماتك الصحية المحمية غير المؤمنة، ستقوم المقاطعة بإخطارك بملاسات هذا الخرق.

## 10. الحق في التقدم بشكوى

وإن كانت لديكم أي تساؤلات بخصوص هذا الإخطار أو حقوق الخصوصية المكفولة لكم، أو إن رأيتم أن هذه الحقوق قد انتهكت، فباستطاعتكم التواصل مع المكتب المعني بشؤون الالتزام لدى وكالة الرعاية الصحية في مقاطعة أورانج Orange County Health (Care Agency) Office of Compliance عن طريق الهاتف رقم: 568-5614 (714) أو المسؤول المعني بشؤون الخصوصية لدى المقاطعة (County Privacy Officer) عن طريق الهاتف رقم: 834-4082 (714) أو ملء نموذج الشكاوى الإلكترونية عن طريق هذا الرابط: <https://ocit.oc.gov/county-privacy-office/how-file-complaint> أو مراسلتنا عن طريق هذا البريد الإلكتروني: [HIPAA@ochca.com](mailto:HIPAA@ochca.com) [PrivacyOfficer@ocgov.com](mailto:PrivacyOfficer@ocgov.com)

ويحق لكم أيضاً تقديم شكوى مباشرة إلى الوزير بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (DHHS) على: وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، المنطقة التاسعة مكتب الحقوق المدنية، الشارع السابع 90، الجناح 100-4، سان فرانسيسكو، كاليفورنيا 94103، أو الاتصال على الرغم 368-1019 (800)، 537-7697 (800) TDD يجب ملء الشكاوى كتابة وإرسالها عن طريق البريد أو الفاكس أو إلكترونياً عن طريق البريد الإلكتروني وفي غضون 180 يوماً من اكتشافك وقوع الخرق.

تحتزم مقاطعة أورانج حقك في التعبير عن المخاوف بشأن الخصوصية. ولن تتعرضوا لأي عقاب أو تهديد أو جزاء أو إجراءات انتقامية بسبب طرحكم التساؤلات أو تقدمكم بالشكاوى.

## مسؤولياتنا

يجب علينا اتباع بنود هذا الإشعار أثناء سريانه. ونحتفظ بالحق لتغيير هذا الإشعار أو ممارساتنا المتعلقة بالخصوصية في أي وقت. وسوف تسري التغييرات في ممارساتنا المتعلقة بالخصوصية على أي معلومات صحية محمية بحوزتنا بالفعل وعلى المعلومات الصحية المحمية التي ننشئها أو نتلقاها في المستقبل. إذا كانت مقاطعة أورانج هي خطتك الصحية، سنرسل إليك إخطاراً جديداً إذا تم إجراء تغييرات جوهرية. وسوف نرسل أيضاً الإشعار الجديد ونذيعه بعيادات المقاطعة في أماكن الانتظار أو في قاعة الاستقبال. وسوف يتوفر الإشعار أيضاً على الموقع الإلكتروني لقانون منقولة ومساءلة التأمين الصحي (HIPAA) للمقاطعة على <https://ocit.oc.gov/county-privacy-office/notice-privacy-practices-npp>

## إخطار عدم تمييز [قانون الرعاية ذو الكلفة المناسبة رقم CFR 92 45، القسم 1557]

تلتزم وكالة الرعاية الصحية بمقاطعة أورانج بقوانين الحقوق المدنية الاتحادية المعمول بها، ولا تميز بين الأشخاص على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس، ولا تستبعد أي أشخاص أو تتعامل معهم بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

تقدم وكالة الرعاية الصحية بمقاطعة أورانج:

- المساعدات والخدمات المجانية التي تُمكن الأشخاص ذوي الإعاقة من التواصل معنا بفعالية، مثل:
  - مترجمو لغة الإشارة المؤهلون

○ المعلومات المكتوبة بأشكال أخرى (الطباعة الكبيرة، والصوت، والأشكال الإلكترونية التي يمكن الوصول إليها، وغيرها من الأشكال الأخرى)

- الخدمات اللغوية المجانية للأشخاص المتحدثين بغير بالإنجليزية، مثل:
  - المترجمون المؤهلون
  - المعلومات المكتوبة بلغات أخرى

يرجى إبلاغ موظفينا بما إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات أم لا .

إذا واجهتك أية صعوبات في الحصول على هذه الخدمات فاعلم أنك قد تعرضت للتمييز، ولا تتردد حينئذ في تقديم شكوى تتعلق بأي من هذه الخدمات أو السياسات، إذ يمكنك تقديم هذه الشكوى شخصيًا أو عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني على معلومات الاتصال المذكورة مباشرة أدناه. وتسعد المنسق المعني بشؤون الحقوق المدنية (Civil Rights Coordinator) لدى وكالة الرعاية الصحية في مقاطعة أورانج (Orange County Health Care Agency)، بمساعدتكم وفق مقتضى الحاجة.

Orange County Health Care Agency  
Attn: Civil Rights Coordinator, Office of Compliance  
405 W. 5<sup>th</sup> Street, Santa Ana, CA 92701,  
.714-568-5787, 711 (TTD), 714-834-6595 (Fax), [officeofcompliance@ochca.com](mailto:officeofcompliance@ochca.com)

كما يمكنك تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية، أو إلكترونياً عن طريق بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو عن طريق البريد أو الهاتف على العنوان التالي:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> نماذج الشكاوى متاحة على الموقع التالي:

| #  | Language              | Tagline                                                                                                                                                         |
|----|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | English               | ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-714-568-5787 (TTY: 711).                            |
| 1  | Spanish               | ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-714-568-5787 (TTY: 711).                           |
| 2  | Chinese               | 注意：如果您使用繁體中文。您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-714-568-5787 (TTY: 711)                                                                                                        |
| 3  | Vietnamese            | CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-714-568-5787 (TTY: 711).                                          |
| 4  | Tagalog               | PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-714-568-5787 (TTY: 711).         |
| 5  | Korean                | 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-714-568-5787 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.                                                                          |
| 6  | Armenian              | ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-714-568-5787 (TTY: 711) հեռախոսով |
| 7  | Persian (Farsi)       | توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیرید. 1-714-568-5787 (TTY: 711).                            |
| 8  | Russian               | ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-714-568-5787 (телетайп: 711).                                |
| 9  | Japanese              | 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-714-568-5787（TTY: 711）まで、お電話にてご連絡ください。                                                                                      |
| 10 | Arabic                | ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 711) 1-714-568-5787                            |
| 11 | Punjabi               | ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-714-568-5787 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।                                  |
| 12 | Monn-Khmer, Cambodian | ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-714-568-5787 (TTY: 711)។                          |
| 13 | Hmong                 | LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-714-568-5787 (TTY: 711).                                       |
| 14 | Hindi                 | ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-714-568-5787 (TTY: 711) पर कॉल करें।                                   |
| 15 | Thai                  | เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-714-568-5787 (TTY: 711).                                                                  |