



THE OHIO STATE UNIVERSITY

WEXNER MEDICAL CENTER

إشعار مشترك
خاص
بالممارسات الشخصية

تاريخ السريان: 1 ديسمبر 2016

إشعار مشترك خاص بالممارسات الشخصية

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والإفصاح عنها، وكيفية وصولك إلى هذه المعلومات. يُرجى مراجعته بعناية.

معلوماتك.
حقوقك.
مسؤولياتنا.

لديك الحق في:

- الحصول على نسخة إلكترونية أو ورقية من السجل الطبي الخاص بك
- طلب تعديل السجل الطبي الخاص بك
- طلب التواصل السري حتى يتسنى لنا التواصل معك بطريقة معينة لحماية خصوصيتك
- طلب تحديد المعلومات الصحية الخاصة بك التي نستخدمها أو نقوم بالإفصاح عنها
- الحصول على قائمة بالأشخاص الذين قمنا بالإفصاح لهم عن معلوماتك الصحية
- الحصول على نسخة من إشعار الخصوصية هذا
- اختيار شخص للتصرف نيابة عنك
- تقديم شكوى إذا كنت تعتقد أن الحقوق الخصوصية الخاصة بك قد تم انتهاكها

انظر الصفحات

رقم 3 و 4 للمزيد من المعلومات حول هذه الحقوق وكيفية ممارستها

حقوقك

يمكنك اختيار تحديد الطريقة التي نستخدم بها معلوماتك الصحية أو نقوم بالإفصاح عنها وذلك في الظروف التالية:

- كيف نخبر العائلة والأصدقاء بحالتك
- تقديم الإغاثة في حالة الكوارث
- إدخالك في دليل المستشفى حيث نقوم بإدراج اسمك كمريض في المستشفى
- تقديم الرعاية الصحية النفسية
- تسويق خدماتنا وبيع معلوماتك الصحية بإذن كتابي منك
- البحث عن التمويل

انظر الصفحة

رقم 4 للمزيد من المعلومات حول هذه الاختيارات وكيفية ممارستها

اختياراتك

يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها حيث إننا:

- نقوم بمعالجتك
- ندير المنظمة الخاصة بنا
- نقوم بتحرير فاتورة الخدمات
- نساعد في قضايا الصحة والسلامة العامة
- نُجري الأبحاث
- نلتزم بالقوانين
- نستجيب لطلبات التبرع بالأعضاء والأنسجة
- نقوم بالعمل مع طبيب شرعي أو مع مدير الجنازات
- نقوم بتلبية تعويضات العمال، وإنفاذ القانون، والطلبات الحكومية الأخرى
- نستجيب للدعاوى القضائية والإجراءات القانونية

انظر الصفحات رقم

4 و 5 للمزيد من المعلومات حول هذه الاستخدامات والإفصاحات

الاستخدامات
والإفصاحات
الخاصة بنا

لديك حقوق معينة حينما يتعلق الأمر بالمعلومات الصحية الخاصة بك. يوضح هذا القسم حقوقك وبعض مسؤولياتنا لمساعدتك.

- **احصل على نسخة إلكترونية أو ورقية من السجل الطبي الخاص بك**
- يمكنك طلب رؤية نسخة إلكترونية أو ورقية من السجل الطبي الخاص بك والمعلومات الصحية الأخرى التي تمتلكها عنك أو طلب الحصول عليها.
- سنقوم بتوفير ملخص للمعلومات الصحية الخاصة بك، عادةً في خلال 30 يوماً من تقديمك للطلب. يجوز لنا أن نفرض رسوم تكلفة على النسخة.
- يمكنك طلب الحصول على نسخة من السجل الطبي الخاص بك من خلال استكمال نموذج التصريح لنشر المعلومات الطبية وإرسالها بالبريد إلى إدارة المعلومات الطبية والإفصاح عن المعلومات، على العنوان N113 Doan Hall, 410 W. 10th Ave., Columbus, OH 43210، أو إلى العيادة، أو إلى مكتب المدير حيث تتلقى العلاج.
- **اطلب منا تعديل السجل الطبي الخاص بك**
- يمكنك أن تطلب منا تعديل المعلومات الصحية الخاصة بك التي تعتقد أنها غير صحيحة أو غير مكتملة.
- يجوز لنا رفض طلبك، ولكننا سنقوم بإطلاعك على السبب كتابةً في غضون 60 يوماً.
- يمكنك إعداد طلب تعديل من خلال استكمال نموذج طلب تعديل السجل الطبي وإرساله بالبريد إلى المدير الإداري لإدارة المعلومات الطبي على العنوان التالي، 600 Ackerman Road, Room E2098, Columbus, OH 43202.
- **طلب التواصل السري**
- يمكنك أن تطلب منا التواصل معك بطريقة محددة (على سبيل المثال، هاتف المنزل أو المكتب) أو أنرسل بريداً إلى عنوان مختلف.
- سوف نقوم بالموافقة على جميع الطلبات المعقولة.
- إذا قمت بإعداد طلب للتواصل السري، فيجب عليك استكمال نموذج طلب التواصل السري وإرساله بالبريد إلى المدير الإداري لإدارة المعلومات الطبية على العنوان التالي، 600 Ackerman Road, Room E2098, Columbus, OH 43202.
- **إشعار خاص على البريد الإلكتروني**
- يعي النظام الصحي أن المرضى قد يُفضّلون البريد الإلكتروني كوسيلة للتواصل معنا.
- يُرجى العلم بأن المعلومات المرسله باستخدام البريد الإلكتروني قد لا تكون آمنة. هناك احتمال بأن يتم اعتراض المعلومات الخاصة بك وقراءتها بواسطة أشخاص آخرين. سوف نطلب إذنك قبل استخدام البريد الإلكتروني غير الآمن للتواصل معك حول الرعاية الصحية التي تحتوي على المعلومات الصحية الخاصة بك.
- إذا قمت بإعطائنا عنوان البريد الإلكتروني الخاص بك، فقد نرسل لك معلومات حول منتجاتنا وخدماتنا، ونصائح حول الحياة الصحية، أو نرسل لك عندما نفتح موقعاً جديداً.
- يسألنا المرضى أيضاً ما إذا كان بإمكانهم مراسلة مقدمي الرعاية الصحية لهم حول الرعاية الصحية الخاصة بهم عبر البريد الإلكتروني. نفضل أن يقوم المرضى باستخدام OSUMyChart متى كان ذلك ممكناً للتواصل بسريّة مع مقدمي الرعاية الصحية وذلك بسبب الخطر الكامن في كون التواصل عبر البريد الإلكتروني غير آمن.
- **اطلب منا تحديد ما نقوم باستخدامه أو نفضح عنه**
- يمكنك أن تطلب منا عدم استخدام بعض المعلومات الصحية الخاصة بالمعالجة، أو الدفع، أو عملياتنا، أو تطلب عدم الإفصاح عنها. نحن غير مطالبين بالموافقة على طلبك، كما يمكننا الرفض في حال ما إذا كان ذلك الأمر سيؤثر على الرعاية الخاصة بك.
- إذا قمت بالدفع مقابل خدمة أو رعاية صحية من مالك الخاص بالكامل، يمكنك أن تطلب منا عدم الإفصاح عن هذه المعلومة الصحية لصاحب التأمين الصحي الخاص بك. سنوافق على ذلك ما لم يوجد قانون يطلب منا الكشف عن هذه المعلومة الصحية.
- يمكنك إعداد طلب تقييد من خلال استكمال نموذج تقييد الوصول إلى المعلومات الصحية المحمية وإرساله بالبريد إلى المدير الإداري بإدارة المعلومات الطبية على العنوان التالي، 600 Ackerman Road, Room E2098, Columbus, OH 43202.
- **احصل على قائمة بالأشخاص الذين قمنا بالإفصاح لهم عن معلوماتك الصحية**
- يمكنك طلب قائمة بعدد الأوقات التي قمنا فيها بالإفصاح عن معلوماتك الصحية لمدة 6 سنواتٍ قبل تاريخ طلبك، حول من قمنا بالإفصاح لهم ولماذا.
- وسوف نقوم بتضمين جميع الأوقات التي تم الإفصاح عن المعلومات فيها باستثناء ما يتعلق بالمعالجة، والدفع، وعمليات الرعاية الصحية، وبعض الأوقات الأخرى التي طلبت فيها منا القيام بذلك. سوف نقوم بتوفير قائمة واحدة لكل سنةٍ مجاناً. ومع ذلك، سوف نقوم بفرص رسوم تكلفة في حال قيامك بطلب واحدةٍ أخرى في غضون 12 شهراً.

• يمكنك طلب قائمة بالمعلومات الصحية المُفصّل عنها من خلال استكمال نموذج طلب حساب الإفصاحات وإرساله بالبريد إلى المدير الإداري لإدارة المعلومات الطبية على العنوان التالي، 600 Ackerman Road, Room E2098, Columbus, OH 43202.

- يمكنك طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت، حتّى في حال موافقتك على تلقّي الإشعار إلكترونياً. سوف نقوم بتوفير نسخة ورقية لك.
- إذا كنت قد أعطيت شخصاً ما توكيلاً طبياً أو إذا كان شخصاً ما هو الوصي القانوني الخاص بك، يستطيع هذا الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ الخيارات فيما يتعلق بالمعلومات الصحية الخاصة بك.
- سوف نحرص على التأكّد من امتلاك الشخص لهذه السلطة وأنه يمكنه التصرّف نيابةً عنك قبل اتخاذه لأيّ إجراء.

احصل على نسخة من إشعار الخصوصية هذا
اختر شخصاً للتصرّف نيابة عنك

اختيارك

فيما يتعلق بشأن بعض المعلومات الصحية، يمكنك إطلاعنا على اختياراتك حول ما يمكننا الإفصاح عنه. إذا كان لديك تفضيل واضح يتعلق بكيفية إفصاحنا عن معلوماتك الصحية في المواقف الموضّحة أدناه، فحدّث إلينا. أخبرنا ما الذي تريد منا فعله وسوف نقوم باتّباع إرشاداتك.

- في هذه الحالات، تمتلك كلاً من الحقّ و الاختيار لإخبارنا بأن نقوم بـ:
 - الإفصاح عن المعلومات الصحية في حالة الإغاثة في حالة الكوارث
 - إدراج معلوماتك الصحية في دليل مستشفى إذا كنت مريضاً فيها

إذا لم تكن قادراً على إخبارنا بتفضيلاتك، على سبيل المثال: إذا كنت في غيبوبة، يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية إذا ارتأينا أن ذلك الأمر يصبّ في صالحك. يجوز لنا أيضاً الإفصاح عن معلوماتك الصحية عند الحاجة للحدّ من تهديد خطير وشيك يتعلق بصحة الآخرين وسلامتهم.

- لا نقوم أبداً بالإفصاح عن معلوماتك الصحية في الحالات التالية ما لم تعطينا إذننا كتابياً منك للقيام بذلك:
 - أغراض التسويق كما هو منصوص عليه في شروط قانون نقل التأمين الصحيّ والمساءلة (HIPAA)
 - بيع المعلومات الخاصّة بك للآخرين
 - معظم مشاركة ملاحظات العلاج النفسي
- في حالة البحث عن تمويل:
 - قد نقوم بالتواصل معك بشأن أنشطة البحث عن تمويل. ومع ذلك، سوف نتّيح لك فرصة إيقاف تلقّي هذه الاتصالات.

الاستخدامات والإفصاحات الخاصّة بنا

كيف نقوم عادةً باستخدام المعلومات الصحية الخاصّة بك أو الإفصاح عنها؟
نقوم عادةً باستخدام المعلومات الصحية الخاصّة بك أو الإفصاح عنها في المواقف التالية:

- **لمعالجتك**
 - يمكننا استخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها للمتخصّصين الآخرين الذين يقومون بمعالجتك.
 - **لإدارة المنظّمة الخاصّة بنا**
 - يمكننا استخدام المعلومات الصحية الخاصّة بك والإفصاح عنها لإدارة نظامنا الصحيّ، وتطوير الرعاية الخاصّة بك، والتواصل معك عند الحاجة.
 - **لدفع فواتير الخدمات الخاصّة بك**
 - يمكننا استخدام المعلومات الصحية الخاصّة بك والإفصاح عنها لتحرير الفواتير والحصول على الدفع من الخطط الصحيّة أو الكيانات الأخرى.
- مثال:** طبيب يقوم بمعالجة إصابتك يستفسر من طبيب آخر حول حالتك الصحية إجمالاً.
- مثال:** نستخدم المعلومات الصحية الخاصّة بك لإدارة معالجتك والخدمات الخاصّة بك.
- مثال:** نقدّم معلومات عنك إلى خطة التأمين الصحيّ الخاص بك حتى يقوموا بالدفع مقابل الخدمات الخاصّة بك.

كيف يمكننا أيضًا استخدام المعلومات الصحية الخاصة بك أو الإفصاح عنها؟ يُسمح لنا أو يُطلب منا الإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة بك لأسباب أخرى مثل التي تتعلق بالصحة العامة، والأبحاث، وما يسمح به القانون. للمزيد من المعلومات انظر: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

- **المساعدة في قضايا الصحة والسلامة العامة**
 - يمكننا الإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة بك في مواقف معينة من أجل:
 - الوقاية من الأمراض
 - المساعدة في استرداد المنتج
 - الإبلاغ عن التفاعلات المضادة للأدوية
 - الإبلاغ عن سوء المعاملة، أو الإهمال، أو العنف العائلي
 - منع تهديد خطير يتعلق بصحة أي شخص أو سلامته، أو الحد منه
- **الأبحاث**
 - يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية الخاصة بك من أجل الأبحاث. قبل استخدامنا للمعلومات الصحية الخاصة بك أو الإفصاح عنها لأغراض الأبحاث بطريقة يمكنك تحديدها، سوف يخضع المشروع البحثي لعملية مراجعة واعتماد واسعة المجال.
- **الامتثال للقانون**
 - سوف نقوم بالإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة بك إذا كانت مطلوبة من قبل الدولة أو القوانين الاتحادية.
- **الاستجابة لطلبات التبرع بالأعضاء والأنسجة والعمل مع طبيب شرعي أو مع مدير الجنازات**
 - يمكننا الإفصاح بموجب القانون عن المعلومات الصحية الخاصة بك لمنظمات التبرع بالأعضاء.
 - يمكننا الإفصاح بموجب القانون عن المعلومات الصحية الخاصة بك لمحقق جنائي، أو طبيب شرعي، أو مدير الجنازات عند موت شخص ما.
- **تلبية تعويضات العمّال، وإنفاذ القانون، والطلبات الحكومية الأخرى**
 - يمكننا الإفصاح بموجب القانون عن المعلومات الصحية الخاصة بك من أجل:
 - مطالبات تعويض العمّال
 - أغراض إنفاذ القانون أو لمسؤول عن إنفاذ القانون
 - وكالات الرقابة الصحية
 - الوظائف الحكومية الخاصة مثل الأمن العسكري، والأمن الوطني، وخدمات الحماية الرئاسية
- **الاستجابة للدعوى القضائية والإجراءات القانونية**
 - يمكننا الإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة بك استجابةً لقرار محكمة أو قرار إداري. بموجب بعض القوانين الاتحادية وقوانين أوهايو، قد تتطلب بعض الطلبات جلسة استماع وقرار من المحكمة للإفصاح عن أي معلومات صحية.
- **تبادل المعلومات الصحية**
 - قد نشترك في واحدة أو أكثر من عمليات تبادل المعلومات الصحية (HIES) ويجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بك إلكترونيًا لأغراض عمليات العلاج، والدفع، والرعاية الصحية مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين في عمليات تبادل المعلومات الصحية. تتيح عمليات تبادل المعلومات الصحية لجميع مقدمي الرعاية الصحية الخاصة بك إمكانية الوصول إلى المعلومات الصحية الخاصة بك التي يحتاجونها واستخدامها للعلاج ولأغراض قانونية أخرى ووفقًا لشروط قانون الدولة وبناءً على عملية تبادل المعلومات، قد يُطلب منك التقيّد بذلك، ولديك القدرة على عدم التقيّد به.

مسؤولياتنا

- نحن ملزمون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية المعلومات الصحية الخاصة بك وأمنها.
- سوف نقوم بإعلامك في حال حدوث خرق قد يضرّ بخصوصية معلوماتك الصحية أو أمنها.
- يجب علينا اتباع الواجبات وممارسات الخصوصية المذكورة في هذا الإشعار، وتقديم نسخة منه إليك.
- لن نقوم باستخدام المعلومات الصحية الخاصة بك أو الإفصاح عنها فيما عدا ما هو موصوفٌ هنا إلا في حال قيامك بمنحنا الإذن كتابةً للقيام بذلك. في حال قيامك بمنحنا الإذن لفعل ذلك، قد تقوم بتغيير رأيك حيال ذلك. رجاءً أعلمنا كتابةً في حال تغيير رأيك حيال ذلك الأمر.

تغيير شروط هذا الإشعار

يمكننا تغيير شروط هذا الإشعار، وسوف تنطبق التغييرات على جميع المعلومات الخاصة بك لدينا. سوف يكون الإشعار الجديد متاحًا عند الطلب، في المكتب الخاص بنا، وعلى الموقع الإلكتروني الخاص بنا.

• تاريخ السريان: تاريخ سريان هذا الإشعار هو 1 ديسمبر، 2016.

• ينطبق هذا الإشعار على:

- مستشفى علاج إصابات الحبل الشوكي والمخ؛
- ومركز دود؛
- ومستشفى هاردينج التابعة لجامعة ولاية أوهايو؛
- ومركز تالبوت؛
- ومستشفى الجامعة؛
- ومستشفى ريتشارد روس لأمراض القلب؛
- ومستشفى الجامعة إيست؛
- ومستشفى جيمس لعلاج السرطان ومؤسسة أبحاث سولوف؛
- وشبكات الرعاية الأولية والرعاية المتخصصة؛
- منظمة أطباء ولاية أوهايو، بموجب اتفاقية الرعاية الصحية المنظمة؛
- ومركز نيسونجر بموجب اتفاقية الرعاية الصحية المنظمة.

• الكيان التابع الذي يشمل الإشعار: نقوم بالإفصاح عن المعلومات الصحية لمؤسسة ماديسون الصحية حسب الحاجة لتنفيذ عمليات العلاج، والدفع، والرعاية الصحية وفقاً للاتحاد القائم بيننا وبين مؤسسة ماديسون الصحية. مؤسسة ماديسون الصحية هي من مقدمي الرعاية الصحية المستقلين، وهي مسؤولة عن أنشطتها الخاصة، بما في ذلك إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بهم وقوانين الخصوصية التالية الخاصة بجميع خدمات الرعاية الصحية التي توفرها المؤسسة. لا تقوم مؤسسة ماديسون الصحية بأي حال من الأحوال بتقديم خدمات الرعاية الصحية بشكل متبادل، أو نيابة عن النظام الصحي.

• التحديثات الخاصة بقائمة المؤسسات الخاصة بنا: من وقت لآخر، قد نقوم بإضافة مؤسسات واتحادات إلى القائمة الخاصة بنا. قد تجد قائمة بأحدث الكيانات التي يغطيها هذا الإشعار على موقعنا الإلكتروني: <http://wexnermedical.osu.edu/privacy>.

• OSUMyChart: يمكنك الوصول إلكترونياً إلى المعلومات الصحية الخاصة بك من خلال OSUMyChart. OSUMyChart هي خدمة إلكترونية عبر الإنترنت برعاية النظام الصحي، وتتيح لك هذه الخدمة خياراً آخر للوصول إلى المعلومات الصحية الخاصة بك.

• مسؤولو الخصوصية: إذا كان لديك استفسار حول الخصوصية، فيرجى التواصل مع:

- مكتب خصوصية النظام الصحي: 293-4477 (614)
- منظمة أطباء ولاية أوهايو، مكتب الخصوصية: 685-1530 (614)
- مكتب الخصوصية بمركز نيسونجر: 688-8544 (614)

قم بتقديم شكوى إذا كنت تعتقد أن الحقوق الخصوصية الخاصة بك قد تم انتهاكها

• يمكنك تقديم شكوى في حال شعورك بانتهاكنا للحقوق الخاصة بك من خلال التواصل معنا. يمكن تقديم الشكاوى كتابياً أو عبر الهاتف إلى قسم تجريبية المرضى بالمكان الذي تتلقى فيه الرعاية:

مستشفى وشبكات الجامعة:

410 W. 10th Avenue, Room 142 Doan Hall, Columbus, OH 43210 أو 293-8944 (614)

مستشفى جيمس لعلاج السرطان ومؤسسة أبحاث سولوف:

460 W. 10th Avenue, Room A021, Columbus, OH 43210 أو 293-8609 (614)

مستشفى إيست التابعة لجامعة ولاية أوهايو:

181 Taylor Avenue, Room T-100, Columbus, OH 43205 أو 257-2310 (614)

مستشفى هارينج التابعة لجامعة ولاية أوهايو:

1670 Upham Drive, Columbus, OH 43210 أو 688-8941 (614)

منظمة الأطباء التابعة لجامعة ولاية أوهايو:

700 Ackerman, Suite 605, Columbus, OH 43202 أو 685-1530 (614)

• يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب وزارة الصحة والخدمات الإنسانية للحقوق المدنية في الولايات المتحدة من خلال إرسال رسالة إلى العنوان التالي: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201، أو الاتصال على 1-877-696-6775، أو زيارة الموقع الإلكتروني التالي www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint.

• لن نتخذ أي إجراء ضدك لقيامك بتقديم شكوى.