

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
إقرار استلام إشعار ممارسات الخصوصية الخاصة بأحكام قانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)

بالتوقيع أدناه، فإنني أقر بأنني قد حصلت على نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية (باللغة التي أفضّلها، في حال توفرها) وبالتالي تم إخطاري بكيفية استخدام معلوماتي الصحية والكشف عنها من قِبل مستشفى *Maimonides Midwood Community Hospital*، وكيف يمكنني الوصول إلى هذه المعلومات والتحكم فيها، كما أقر وأدرك أنه يمكنني طلب نسخ من تفسيرات مكتوبة منفصلة لإجراءات حماية الخصوصية الخاصة التي تنطبق على المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (*Human Immunodeficiency Virus, HIV*) ومعلومات الصحة النفسية.

Print Name of Patient or Personal Representative
اسم المريض أو الممثل الشخصي_____
Signature of Patient or Personal Representative
توقيع المريض أو الممثل الشخصي_____
Description of Personal Representative's Authority
وصف سلطة الممثل الشخصي_____/_____/_____
Date
التاريخ

Patient or Personal Representative given a copy in Arabic
نسخة للمريض أو الممثل الشخصي باللغة العربية

Translated "Notice of Privacy Practices" given to Patient or Personal Representative by:

(For internal use or where signature above cannot be obtained)

Except in emergency treatment circumstances, the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) requires that we make a good faith effort to obtain written acknowledgment of the patient's receipt of the Notice of Privacy Practices on the first date we provide treatment, products or services to the patient (including at the time of admission, at a first visit to a hospital department, or any other first service contact with the patient). We must make a good faith effort to obtain written acknowledgment when reasonably practicable following an emergency treatment situation. If such acknowledgment cannot be obtained, we must document our good faith efforts to obtain the acknowledgment and why it was not obtained.

Describe good faith efforts to obtain written acknowledgment (include your name and the date):

1. Patient unable to sign due to medical condition(s) Patient refused to sign

Name: _____ Date: _____

2. Patient unable to sign due to medical condition(s) Patient refused to sign

Name: _____ Date: _____

3. Patient unable to sign due to medical condition(s) Patient refused to sign

Name: _____ Date: _____

**THE ORIGINAL OF THIS FORM MUST BE PLACED IN THE MEDICAL
RECORD**

تاريخ بدء التنفيذ: 16 فبراير 2026

إشعار ممارسات الخصوصية وفق قانون الخصوصية الطبية للمريض (HIPAA)

يصف هذا الإشعار كيف يمكن أن تُستخدم وتُكشف المعلومات الطبية الخاصة بك، وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى مراجعة هذا الإشعار بعناية.

نحن مطالبون بموجب القانون بحماية خصوصية معلوماتك الصحية وتزويدك بصورة من هذا الإشعار. إذا كان لديك أية تساؤلات بشأن هذا الإشعار، أو إذا كنت ترغب في معرفة المزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بـ "مسؤول الخصوصية المُعين من طرفنا في قسم علاقات المرضى، على الرقم 718 283-7212.

من يلتزم بهذا الإشعار؟

يصف هذا الإشعار ممارسات الخصوصية المتعلقة بالمعلومات الصحية المتبعة في مركز Maimonides Midwood Community Hospital (MMCH)، كما يصف أعضاء الفريق الطبي بالمركز ومقدمي الرعاية الصحية الذين يشتركون مع مستشفانا في تقديم خدمات الرعاية الصحية. وسوف يلتزم بممارسات الخصوصية الموصوفة في هذا الإشعار: (1) أي متخصص رعاية صحية يقوم بعلاجك في أي من منشأتنا؛ و(2) أي موظف، أو طالب، أو متدرب، أو متطوع في أي من منشأتنا؛ و(3) أي شركاء تجاريين. وقد يكون لطبيبك الخاص ممارسات خصوصية مختلفة فيما يتعلق باستخدام معلوماتك الصحية المتعلقة بالرعاية المُقدّمة في عيادته والكشف عنها.

المعلومات الصحية التي يتم حمايتها

نحن ملزمون بحماية خصوصية المعلومات التي نجمعها عنك أثناء تزويدك بخدمات تتعلق بالصحة. وبعض أمثلة المعلومات الصحية التي يتم حمايتها هي:

- المعلومات التي تدل على أنك مريض لدى Maimonides Midwood Community Hospital أو تتلقى علاجًا أو خدمات أخرى تتعلق بالصحة من مستشفانا؛
- المعلومات عن حالتك الصحية (مثل ما قد تكون مصاباً به من مرض).
- المعلومات عن منتجات الرعاية الصحية أو خدماتها التي حصلت عليها بالمستشفى أو قد تحصل عليها في المستقبل (كإجراء عملية مثلاً).
- المعلومات عن مزايا الرعاية الصحية الخاصة بك في برنامج تأميني (مثل ما إذا كانت الوصفة قيد التغطية).

عندما تقترن بـ:

- المعلومات السكانية (مثل اسمك أو عنوانك أو وضعك التأميني).
- الأرقام المميزة التي قد تحدد هويتك (مثل رقمك في الضمان الاجتماعي أو رقم هاتفك أو رقم رخصة القيادة الخاصة بك).
- أنواع المعلومات الأخرى التي قد تحدد هويتك.

قاعدة خاصة لسجلات اضطراب تعاطي المواد المخدرة (SUD): تتم إتاحة حماية إضافية لمعلومات SUD بموجب الجزء 2 في لائحة CFR 42.

كيف يمكن أن نستخدم أو نكشف عن معلوماتك الصحية دون تفويض كتابي منك

نوضح لك كيف يمكننا أن نستخدم ونكشف عن معلوماتك الصحية بدون الحصول على تفويض كتابي منك.

العلاج والدفع والعمليات التجارية:

1. **العلاج:** يمكننا أن نتشارك معلوماتك الصحية مع الأطباء أو الممرضين والمرضات أو التقنيين أو مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين في مستشفى Maimonides Midwood Community Hospital وممارسات مجموعة الأساتذة التابعين لها، والذين يشتركون في رعايتك ويستطيعون بدورهم أن يستخدموا هذه المعلومات لتشخيص حالتك أو علاجها. ويمكن لطبيب بمستشفانا أن يتشارك معلوماتك الصحية مع طبيب آخر بداخل المستشفى أو بمستشفى آخر لتدبير كيفية تشخيص حالتك أو علاجها. ويمكن لطبيبك أيضاً أن يتشارك في معلوماتك الصحية مع طبيب آخر تم تحويلك إليه لتوفير مزيد من الرعاية الصحية. كما يمكن للأقسام المختلفة وممارسي الرعاية الصحية بمستشفانا أن يتقاسموا المعلومات الصحية الخاصة بك لتزويدك بالخدمات أو لتنسيقها، والتي من أمثلتها الوصفات وتحاليل المعمل والأشعة. وسوف يتوفر لأعضاء هيئة التدريس بمستشفانا والطلاب والمتطوعين والمتدربين إمكانية الوصول إلى معلوماتك الصحية لأغراض التدريب والعلاج حيث يشاركون في البرامج المستمرة للتعليم والتدريب وفتحات الامتياز والتخصص. كما قد تكشف عن معلوماتك الصحية إلى أفراد خارج MMCH الذين قد يشتركون في رعايتك الطبية بعد تركك المركز؛ مثل الأطباء الذين يتولون مهمة المتابعة، ومؤسسات العلاج الطبيعي، وموردي المعدات الطبية، وكالات الرعاية المنزلية، ومرافق الصحة المنزلية والمرضى المهرة..

سجلات SUD؛ إذا كانت معلوماتك محمية بموجب الجزء 2 في لائحة CFR 42، فلن تكشف عنها للعلاج دون موافقتك الخطية، إلا إذا سمح ذلك بالجزء 2 (مثل الطوارئ الطبية، أو أوامر المحكمة المحددة، أو الإبلاغ عن الجرائم في مقر البرنامج أو ضد موظفي البرنامج).

2. **الدفع:** قد نستخدم معلوماتك الصحية أو نتقاسمها مع آخرين كيما نتمكن من الحصول على مستحقاتنا في مقابل خدمات الرعاية الصحية المقدمة لك. فعلى سبيل المثال، قد نتقاسم معلوماتك مع شركة التأمين الصحي المنوطة بأمر رعايتك لكي نحصل على تعويض لما تم إنفاقه بعد أن قمنا بعلاجك أو لتحديد ما إذا كانت شركة التأمين ستغطي نفقات العلاج. وقد نتقاسم معلوماتك مع مقدمي الرعاية الآخرين ودافعي المستحقات - مثل شركة سيارات الإسعاف - لغرض أنشطة الدفع الخاصة بهم.

استثناء اضطراب تعاطي المواد المخدرة (SUD): نحتاج إلى موافقتك الخطية للإفصاح عن معلومات علاج SUD لسداد المدفوعات ما لم يوجد استثناء تنظيمي.

3. **العمليات التجارية:** يمكننا أن نستخدم معلوماتك الصحية أو نتقاسمها مع آخرين لكي نقوم بعملياتنا التجارية وتشمل الإدارة الداخلية والتخطيط والأنشطة المتعددة التي تسعى إلى تحسين الجودة واقتصادية الرعاية التي نقدمها إليك، مثل تحسين الأداء ومراجعة الاستخدام والتدقيق الداخلي والاعتماد والمصادقة والترخيص والأنشطة التعليمية والمرجعية. فعلى سبيل المثال، قد نستخدم معلوماتك الصحية للقيام بمسوح إرضاء المرضى أو لتقييم أداء موظفينا في الرعاية بك أو لتعليمهم كيفية تحسين الرعاية التي يقدمونها لك. وقد تكشف عن معلوماتك الصحية لممثلي مرضانا وغيرهم من الموظفين من أجل الرد على ما قد يكون لديك من شكاوى وللتأكد من أن زيارتك لنا زيارة تشعرك بالراحة. وأخيراً قد نتشارك في معلوماتك الصحية مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين ودافعي المستحقات بغرض إتمام عمليات تجارية معينة تختص بهم إذا كانت هذه المعلومات تتصل بعلاقة حالية أو سالفة بينهم وبينك أو كان مقدمو الرعاية الصحية أو دافعي المستحقات هؤلاء مطالبين بموجب القوانين الفدرالية بحماية خصوصية معلوماتك الصحية.

لا تزال تتطلب موافقتك SUD العمليات التي تشمل معلومات (SUD) استثناء اضطراب تعاطي المواد المخدرة الكتابية عادة.

ملاحظة: قد يتطلب الكشف عن معلومات علاج SUD واستخدامها في الحالة أدناه موافقتك الخطية بموجب الجزء 2 في لائحة CFR 42

1. **التذكير بالمواعيد وبدائل العلاج والمزايا والخدمات:** ربما نستخدم معلوماتك الصحية إبان قيامنا بتقديم العلاج إليك للاتصال بك بغرض تذكيرك بأن لديك موعداً للحصول على علاج أو خدمات. كما قد نستخدم معلوماتك الصحية لنقترح عليك بدائل ممكنة للعلاج أو مزايا أو خدمات صحية قد تعود عليك بالنفع.

2. **جمع الأموال:** إننا قد نستخدم المعلومات الديموغرافية (السكانية) المرتبطة بك لدعم عملياتنا التجارية وللاتصال بك طلباً للتبرع بأموال تساعدنا على أداء مهامنا. وتشتمل هذه المعلومات على عمرك والنوع ومحل الإقامة ومحل العمل،

فضلاً عن التواريخ التي تلقيت فيها العلاج، وقسم الخدمة، وطبيبك المعالج، ومعلومات النواتج، وحالة التأمين الصحي خاصتك.. وأيضاً قد نتشارك هذه المعلومات مع مؤسسة خيرية سوف تقوم بالاتصال بك لجمع الأموال نيابة عنا. إذا كنت لا ترغب في أن نتصل بك لأغراض جمع التبرعات، يمكنك الاتصال بمكتب الخصوصية على الرقم التالي 8757-692 (718).

3. **الشركاء التجاريون:** ربما كشفنا عن معلوماتك الصحية للمقاولين والوكلاء والشركاء التجاريين الآخرين ممن تعوزه هذه المعلومات لمساعدتنا في تقديم العلاج أو الحصول على المستحقات أو لتنفيذ عملياتنا التجارية. فعلى سبيل المثال، قد نتشارك معلوماتك الصحية مع شركة تحصيل فواتير تساعدنا على الحصول على الدفعات المستحقة من شركة التأمين التي تتبعها. وقد نتشارك معلوماتك الصحية مع الكتبة أو مدخلي البيانات الطبية ومعاوني خدمات التصوير الذين يساعدوننا في نسخ سجلاتك الطبية. وإذا كشفنا عن معلوماتك الصحية لأحد شركائنا التجاريين فسوف نبرم معه عقداً مكتوباً يستلزم أن يقوم شريكنا التجاري هذا بحماية خصوصية معلوماتك الصحية كذلك.

4. **دليل المرضى:** إن لم يكن لديك اعتراض فسوف نضمن الدليل اسمك وموقعك بمستشفانا وحالتك العامة (مثال: معقولة – مستقرة – حرجة .. إلخ) ومذهبك الديني مادمت مريضاً بالمستشفى أو بأي من منشأتنا. وقد نصرح بهذه المعلومات التي بالدليل – عدا مذهبك الديني – إلى الأشخاص الذين يسألون عنك بالإسم. وقد نعطي المعلومات الخاصة بمذهبك الديني إلى أحد رجال الدين مثل قس أو حبر، حتى وإن لم يسأل عنك بالإسم.

5. **منظمات الإغاثة من الكوارث.** قد نكشف عن معلوماتك الصحية إلى منظمات الإغاثة من الكوارث؛ مثل الصليب الأحمر، لمساعدة أفراد أسرته أو أصدقائك في العثور عليك أو معرفة حالتك العامة إذا ما وقعت كارثة ما.

6. **أفراد الأسرة والأصدقاء المشتركين في رعايتك:** إن لم يكن لديك اعتراض فيمكننا مشاركة أحد أفراد الأسرة أو أحد أقاربك أو صديق شخصي مقرب في معلوماتك الصحية ممن يكون مضطرباً برعايتك أو يدفع المستحقات الخاصة بهذه الرعاية. وقد نفترض موافقتك على أن نكشف عن معلوماتك الصحية إلى شريك حياتك عندما تجلبه معك إلى غرفة الفحص أو MMCH أثناء تلقّي العلاج، أو في أثناء مناقشة علاجك. وفي بعض الحالات قد نحتاج إلى مشاركة المعلومات الخاصة بك مع منظمة إغاثة في الكوارث والتي سوف تساعدنا على إبلاغ هؤلاء الأشخاص.

7. **الاحتياجات العامة:**

ربما نستخدم معلوماتك الصحية ونتشارك فيها مع آخرين حتى يتسنى لنا الالتزام بالقانون أو للوفاء بالاحتياجات العامة الهامة التي نصفها فيما يلي.

كما يتطلبه القانون. قد نستخدم أو نكشف معلوماتك الصحية إذا كنا مطالبين قانوناً بذلك. وسوف نقوم أيضاً بإشعارك باستخداماتنا أو حالات كشفنا عن هذه المعلومات إذا كان القانون يتطلب ذلك الإشعار.

أنشطة الصحة العامة. قد نكشف معلوماتك الصحية إلى مسؤولي الصحة العامة المعتمدين (أو لوكالة حكومية أجنبية تتعاون مع هؤلاء المسؤولين) حتى يتمكنوا من أداء أنشطتهم الخاصة بالصحة العامة. فعلى سبيل المثال، قد نتشارك في معلوماتك الصحية مع المسؤولين الحكوميين الموكلين بالسيطرة على أحد الأمراض أو الإصابات أو الإعاقات.

ضحايا الاعتداء أو الإهمال أو العنف العائلي. قد نصرح بمعلوماتك الصحية إلى هيئة صحية عامة معتمدة لتلقي التقارير عن الاعتداء أو الإهمال أو العنف العائلي. فعلى سبيل المثال، قد نبليغ المسؤولين الحكوميين بمعلوماتك إذا كنا نعتقد بشكل معقول أنك كنت ضحية لاعتداء أو إهمال أو عنف عائلي. وسوف نبذل طاقتنا للحصول على إذن منك قبل التصريح بهذه المعلومات ولكن في بعض الحالات قد نكون مطالبين أو مفوضين بالتصرف بدون الحصول على إذن منك.

أنشطة الإشراف الصحي. قد نصرح بمعلوماتك الصحية إلى الوكالات الحكومية المعتمدة بالقيام بمراجعات أو تحقيقات أو تفتيشات أو معاينات للترخيص بمنشأتنا. وتقوم هذه الوكالات الحكومية بمراقبة عمل نظام الرعاية الصحية وبرامج الإعانات الحكومية مثل ميدي كير وميدي كيد، كما أنها تراقب مدى الالتزام ببرامج الحكومة التنظيمية وقوانين الحقوق المدنية.

مراقبة المنتج وإصلاحه واسترجاعه. قد تكشف عن معلوماتك الصحية إلى شخص أو شركة تنظمها هيئة الأغذية والأدوية لغرض الإبلاغ عن مشاكل المنتجات.

القضايا والمنازعات. قد تكشف عن معلوماتك الصحية إذا تلقينا بذلك أمراً من محكمة أو لجنة تحكيم إدارية تفصل في قضية أو نزاع ما.

الأمن القومي والأنشطة الاستخباراتية أو خدمات الحماية. قد تكشف عن معلوماتك الصحية إلى المسؤولين الفدراليين المعتمدين الذين يقومون بأنشطة تخص الأمن القومي والاستخبارات أو تتعلق بخدمات حماية الرئيس أو المسؤولين الهامين الآخرين.

العسكريون وقدامى المحاربين. إذا كنت في القوات المسلحة فقد تكشف المعلومات الصحية المتعلقة بك إلى هيئات القيادة العسكرية المناسبة فيما يتصل بالأنشطة التي يرونها ضرورية لتنفيذ مهامهم العسكرية. وقد نقوم أيضاً بالكشف عن المعلومات الصحية المتصلة بالعسكريين الأجانب إلى الهيئة العسكرية الأجنبية المناسبة.

السجناء ومؤسسات الإصلاح والتهديب. إذا كنت سجيناً أو كنت محتجزاً من قبل ضابط تطبيق القانون فقد تكشف عن معلوماتك الصحية إلى ضابط السجن أو ضابط تطبيق القانون إذا كان ذلك ضرورياً لشمولك بالرعاية الصحية أو للحفاظ على سلامة المكان الذي تحبس فيه وأمنه ونظامه. ويشمل هذا مشاركة المعلومات اللازمة لحماية صحة السجناء والأشخاص الآخرين وسلامتهم ممن يوكل إليهم الإشراف على السجناء ونقلهم.

تعويضات العمال. قد تكشف عن معلوماتك الصحية لبرامج تعويضات العمال أو البرامج المماثلة التي تعمل على إتاحة المزايا المتعلقة بإصابات العمل.

الأطباء الشرعيون ومفتشو الصحة ومتعهدو دفن الموتى. قد تكشف عن معلوماتك الصحية إلى الطبيب الشرعي أو مفتش الصحة (مسؤول الفحص الطبي). إن ذلك قد يكون ضرورياً لتحديد سبب الوفاة مثلاً. وربما قمنا أيضاً بالتصريح بهذه المعلومات لمتعهدي دفن الموتى حسبنا يلزم لتمكينهم من أداء واجباتهم.

التبرع بالأعضاء والأنسجة. قد تكشف عن معلوماتك الصحية للمنظمات التي تشتري أو تخرن الأعضاء أو العيون أو الأنسجة الأخرى.

الأبحاث. قد نستخدم أو تكشف عن معلوماتك الصحية بدون موافقتك الكتابية إذا حصلنا على موافقة من خلال إجراء خاص نضمن بها أن إجراء الأبحاث بدون موافقتك الكتابية لا يمثل تهديداً لخصوصيتك سوى ما كان بنسبة ضئيلة. ولن نسمح تحت أي ظرف من الظروف باستخدام الباحثين لاسمك أو هويتك بصورة علنية. وربما نقوم كذلك بالتصريح بمعلوماتك الصحية بدون موافقة كتابية لأشخاص يعدون لمشروع بحثي مستقبلي طالما لن تغادر أي معلومات تحدد هويتك منشأتنا. وقد نتشارك معلوماتك الصحية مع أناس يقومون بأبحاث يستخدمون فيها معلومات عن أشخاص متوفين طالما وافقوا على عدم إخراج أي معلومات من شأنها أن تحدد هويتك من منشأتنا.

لتنفادي تهديد خطير محقق بالصحة أو السلامة. قد نستخدم معلوماتك الصحية أو نتشاركها مع آخرين عند ضرورة منع تهديد خطير ومحدد بصحتك أو سلامتك أو بصحة أو سلامة شخص آخر أو العامة. وفي مثل هذه الحالات سوف نتشارك معلوماتك فقط مع شخص قادر على المساعدة لمنع ذلك التهديد. وربما نقوم أيضاً بالكشف عن معلوماتك الصحية إلى مسؤولية تطبيق القانون إذا أخبرتنا بأنك اشتركت في جريمة عنيفة من المحتمل أن تكون قد تسببت في إصابة شخص آخر بإيذاء في بدنه (إلا أن تكون قد اعترفت بهذه الحقيقة بينما تطلب المشورة) أو إذا قررنا أنك هارب من تحفظ قانوني (مثل سجن أو مؤسسة صحة عقلية).

أجهزة تطبيق القانون. قد تكشف عن معلوماتك الصحية لمسؤولي تطبيق القانون للأسباب التالية:

- التزاماً بأوامر المحكمة أو بالقوانين التي نطالب باتباعها.
- مساعدة لمسؤولي تطبيق القانون في التعرف على مشتبه به أو هارب أو شاهد أو شخص مفقود أو لتحديد مكان أي منهم.
- إذا كنت ضحية في جريمة وقد حددنا: (1) أنه لا يمكننا الحصول على موافقتكم بسبب حالتك الطارئة أو لعجزك؛ (2) حاجة مسؤولي تطبيق القانون لهذه المعلومات على الفور لأداء واجبات تطبيق القانون المنوطة بهم؛ (3) أنه في تقديرنا كمتخصصين يصبح كشف هذه المعلومات لمسؤولي تطبيق القانون هؤلاء في صالحك.
- إذا شككنا في أن وفاتك نتجت عن سلوك إجرامي.

- إذا كان من الضروري الإبلاغ عن جريمة وقعت بممتلكاتنا.
- إذا كان من الضروري الإبلاغ عن جريمة اكتشفت أثناء الاستجابة لحالة طبية طارئة خارج منشأتنا (مثل ما قد يكتشفه فنيو الحالات الطبية الطارئة بمسرح الجريمة).

الكشف العارض. في حين نتخذ الخطوات المعقولة لحماية خصوصية معلوماتك الصحية قد تحدث حالات كشف لهذه المعلومات أثناء ما هو مسموح لنا باستخدامها أو الكشف عنها أو كنتيجة لا يمكن تجنبها لهذا الاستخدام أو الكشف. فعلى سبيل المثال، قد يرى مرضى آخرون يتواجدون في منطقة العلاج معلوماتك الصحية أثناء جلسة علاج أو يسمعونها مصادفة.

متى يلزم الحصول على تخويل منك

أي استخدامات أخرى لمعلوماتك الصحية أو الكشف عنها لأغراض أو أنشطة سوى ما ورد أعلاه سوف تتم فقط بتخويل خطي منك. وإذا قُدمت لنا هذا التخويل لاستخدام أو الكشف عن معلوماتك الصحية، يجوز لك إلغاء هذا التخويل خطياً في أي وقت. وفي هذه الحالة، سوف نتوقف على الفور عن استخدام أو الكشف عن أي معلومات صحية تتعلق بك للأسباب التي سنذكرها في تخويلك الخطي. ومع ذلك، سوف يتعذر علينا استرداد أي كشف قد قمنا به بالفعل بناء على تخويلك. وغالبية استخداماتنا وإفصاحاتنا عن ملاحظات العلاج النفسي، والاستخدامات والإفصاحات المتعلقة بالمعلومات الصحية لأغراض تسويقية، والإفصاحات التي تمثل بيعاً للمعلومات الصحية، كلها سيتم إتاحتها فقط بتخويل خطي منك.

الحماية الخاصة لخصوصية سجلات اضطراب تعاطي المواد المخدرة (SUD): تحظى معلومات علاج SUD بحماية خصوصية إضافية بموجب الجزء 2 في لائحة 42 CFR، والتي تحد من كيفية استخدام Maimonides Health لمعلومات علاج SUD المعنية بك أو الكشف عنهما. ما لم توقع على استمارة موافقة، لن يكون بإمكان Maimonides Health الكشف عن معلومات علاج SUD المعنية بك إلا في ظروف محدودة وفقاً للمسموح بموجب الجزء 2 في لائحة 42 CFR. قد يُسمح لـ Maimonides Health باستخدام سجلات SUD المعنية بك أو الكشف عنها دون موافقتك الكتابية في حالة الطوارئ الطبية أو الظروف الخاصة وفقاً للمسموح بموجب الجزء 2 في لائحة 42 CFR.

حقوقك في الوصول إلى معلوماتك الصحية والتحكم فيها

إنك تتمتع بالحقوق التالية:

1. حق فحص السجلات ونسخها:

إن من حقك فحص معلوماتك الصحية والحصول على صورة منها؛ تلك المعلومات التي يمكن أن تستخدم في اتخاذ القرارات بشأنك وشأن علاجك طالما احتفظنا بها في سجلاتنا. وتشمل هذه السجلات الملفات الطبية والمحاسبية (تحصيل الفواتير). ولفحص معلوماتك الصحية والحصول على صورة منها يرجى التقدم بطلب كتابي إلى قسم خدمات المعلومات الصحية. وإذا طلبت صورة من معلوماتك فقد نطالبك بمصاريف عن تكلفة التصوير والبريد والمستلزمات الأخرى التي نستخدمها لإنفاذ طلبك. والمصاريف القياسية هي 0,75 دولاراً أمريكياً لكل صفحة، ويجب أن تدفع بوجه عام قبل أو وقت تسلمك للصور المطلوبة.

قد نرفض في ظل ظروف معينة طلبك بفحص المعلومات الخاصة بك أو الحصول على صورة منها. فإن فعلنا فسوف نزودك في هذه الحالة بإشعار كتابي يبين لك أسباب رفض طلبك، ووصف كامل لحقوقك في أن نعيد النظر في هذا الرفض وكيف يمكنك ممارسة هذه الحقوق. وسيتضمن الإشعار كذلك معلومات عن كيفية التقدم بشكوى عن هذه الأمور إلينا أو إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية. وإن كان لدينا سبب لرفض جزء فقط من طلبك فسوف نتيح لك إمكانية الوصول إلى الأجزاء المتبقية.

2. حق تعديل السجلات:

إذا اعتقدت أن المعلومات الصحية التي تخصك لدينا تعوزها الصحة أو الكمال فلك أن تطلب منا تعديلها، إذ من حقك طلب تعديل المعلومات ما بقيت في سجلاتنا. ولطلب ذلك التعديل يرجى الكتابة إلى قسم خدمات المعلومات الصحية. وينبغي أن

يشتمل طلبك على الأسباب التي تدعوك إلى الاعتقاد بأن علينا القيام بهذا التعديل. ومن المعتاد أن نرد على طلبك خلال 60 يوماً. وإذا كنا في حاجة إلى وقت إضافي للرد على طلبك فسوف نقوم بإبلاغك كتابياً خلال 60 يوماً لشرح سبب التأخير ومتى نتوقع رداً نهائياً على طلبك.

وإن رفضنا جزءاً من طلبك أو الطلب برمته فسنزودك بإشعار كتابي نبين لك فيه ما وراء ذلك من أسباب. وسوف يكون من حقك تضمين سجلاتك معلومات معينة تتصل بالتعديل الذي طلبته. فمثلاً سيتاح لك الفرصة حال اعتراضك لقرارنا أن نتقدم بإفادة تشرح فيها وجه الاعتراض؛ علماً بأننا سنضمنها سجلاتك. وسيشتمل الإشعار كذلك على معلومات عن كيفية التقدم بشكوى إلينا أو إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية. وسوف نشرح لك هذه الإجراءات بمزيد من التفصيل في أي إشعار بالرفض نرسله إليك.

3. حق طلب تقرير بحالات الكشف عن المعلومات:

إن لك الحق في طلب تقرير عن حالات الكشف عن المعلومات (كما هي موصوفة أدناه) يعرفك بأشخاص أو منظمات أخرى معينة قمنا بالكشف لهم أو لها عن معلوماتك الصحية. وإذا تم التقدم بطلب تقرير عن حالات الكشف عن المعلومات إلى MMCH فردنا عادة ما يقتصر على حالات الكشف عن المعلومات التي قام بها MMCH ولن يحتوي في المعتاد على حالات الكشف التي قامت بها الكيانات الأخرى أو الأشخاص الآخرين ممن ذكر في صدر هذا الإشعار مثل ما كشف عنه أطباء منفردين في عياداتهم الخاصة.

كما لن يحتوي التقرير على معلومات عن حالات الكشف التالية:

- الحالات التي كشفنا فيها عن المعلومات لك أو لممتلك الشخصي.
- الحالات التي كشفنا فيها عن المعلومات طبقاً لموافقتك الكتابية.
- الحالات التي كشفنا فيها عن المعلومات لأغراض العلاج والدفع والعمليات التجارية.
- حالات كشف المعلومات من خلال دليل المرضى.
- حالات كشف المعلومات إلى اصدقائك وأفراد أسرته المشتركين في رعايتك أو دفع مستحقات هذه الرعاية.
- حالات كشف المعلومات العارضة المصاحبة لاستخدام وكشف مسموح بهما (مثل المعلومات التي يجمعها مريض آخر مصادفة كان يمر بالمكان).
- حالات كشف المعلومات لأغراض الأبحاث أو الصحة العامة أو عملياتنا التجارية المتعلقة جميعاً بأجزاء محدودة من معلوماتك الصحية لا تحدد هويتك تحديداً مباشراً.
- حالات الكشف عن المعلومات إلى المسؤولين الفدراليين الموكلين بالأمن القومي والأنشطة الاستخباراتية.
- حالات كشف المعلومات عن السجناء إلى مؤسسات الإصلاح والتهديب أو ضباط تطبيق القانون.

ولطلب تقرير عن حالات كشف المعلومات يرجى الكتابة إلى قسم خدمات المعلومات الصحية. ويجب أن يحدد طلبك فترة زمنية خلال الست سنوات السابقة للحصول على الحالات التي ترغب في أن نضمنها التقرير. ومن حقك الحصول على تقرير مجاني عن كل فترة 12 شهراً، غير أننا قد نطالبك بمصاريف تكلفة تزويدك بأي تقرير إضافي إذا كان في نفس فترة الاثني عشر شهراً هذه. وسوف نبلغك بأية تكلفة حتى يتاح لك اختيار سحب الطلب أو تعديله قبل تكبد أي تكاليف.

ومن المعتاد أن نرد على طلب تقدمه للحصول على تقرير خلال 60 يوماً. وإذا ما كنا في حاجة إلى وقت إضافي لإعداد التقرير الذي طلبته فسوف نبلغك كتابياً عن سبب التأخير والتاريخ الذي يمكن أن نتوقع فيه تسلم التقرير. وفي حالات نادرة ما تحدث قد نضطر إلى تأخير تزويدك بالتقرير بدون إبلاغك بهذا لأن أحد مسؤولي تطبيق القانون أو وكالة حكومية طلبوا منا ألا نفعل.

4. حق طلب حماية إضافية لخصوصيتك

إن من حقك طلب قيامنا بوضع قيود أكثر على الطريقة التي نستخدم أو نكشف بها عن معلوماتك الصحية لعلاج حالتك أو لتحصيل مستحقات هذا العلاج أو لإدارة عملياتنا التجارية. ويمكنك كذلك طلب تقييد كيفية كشفنا عن المعلومات الخاصة بك لأفراد أسرته أو اصدقائك المشتركين في رعايتك. فعلى سبيل المثال، تستطيع أن تطلب ألا نكشف المعلومات المتعلقة بعملية جراحية أجريت لك. ولطلب وضع قيود يرجى الكتابة إلى "قسم خدمات المعلومات الصحية". ويجب أن يتضمن طلبك (1) المعلومات التي ترغب في تقييدها؛ (2) ما إذا كنت ترغب في تقييد كيفية استخدامنا للمعلومات أو كيفية مشاركتها أو الكيفيتين معاً؛ (3) من ترغب في تطبيق هذه القيود عليه. وسوف نرسل إليك رداً كتابياً. وباستثناء المذكور أدناه، نحن

غير مطالبين بالموافقة على طلبك وضع القيود وفي بعض الحالات قد يكون القيد الذي تطلبه غير مسموح به قانوناً. ويتعين علينا الموافقة على طلبك بعدم مشاركة المعلومات عن خدمة تتعلق بخططك الصحية للسداد، أو عمليات الرعاية الصحية إذا دفعت نظير هذه الخدمة بنفسك "من مالك الخاص" بشكل كامل. وإذا وافقنا على أي قيود، فسنلتزم بهذه الموافقة إلا إذا كانت المعلومات مطلوبة لعلاجك في حالة طارئة أو للالتزام بالقانون. ولئن كنا قد وافقنا على فرض قيد من القيود فمن حقل أن تلغي العمل به في أي وقت. ومن حقنا أيضاً في ظروف معينة أن نلغي العمل بالقيد ما أبلغناك بذلك قبلها؛ على أننا في حالات أحر سنحتاج إلى الحصول على إذن منك قبل أن نلغي القيد.

5. حق طلب اتصالات سرية

إن من حقل أن تطلب منا أن نتصل بك فيما يتعلق بأمورك الطبية بطريقة أكثر سرية وذلك بأن تطلب أن نتصل بطريق بديلة أو في أماكن أخرى. فعلى سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا أن نتصل بك في المنزل بدلاً من العمل. ولطلب اتصالات أكثر سرية يرجى الكتابة إلى قسم علاقات المرضى بالمستشفى. فلن نسأل عن السبب بل سنحاول أن نلبي جميع الطلبات المعقولة. نرجو أن تحدد في طلبك الوسيلة والمكان اللذين ترغب في أن نلتزم بهما في الاتصال بك، وعليك أيضاً أن تحدد كيفية دفع مستحقات رعايتك الصحية إذا ما تم الاتصال بك بهذه الوسيلة أو في المكان البديلين.

6. الحق في الوصول الإلكتروني

يحق لك الحصول على نسخ إلكترونية من معلوماتك الصحية عند طلبها (بقدر المعلومات التي نحفظ بها في صيغة إلكترونية). ومتى لم تكن المعلومات قابلة للإنتاج بالفعل بالشكل والصيغة الإلكترونية التي طلبتها، سوف نقدم لك هذه المعلومات في صيغة إلكترونية بديلة قابلة للقراءة على النحو الذي سنتفق عليه معك.

ونحن ننصحك في هذا الإشعار بأنه في حال طلبت إرسال المعلومات المتاحة في صيغة إلكترونية إلى بريدك الإلكتروني الخاص، فإن البريد الإلكتروني وسيلة غير آمنة لنقل المعلومات، وناك ثمة مخاطر في إرسال المعلومات الصحية عن طريق البريد الإلكتروني، نظراً لأن المعلومات التي يتم إرسالها على هذا النحو تصبح عرضة لاعتراضها من قبل أطراف ثالثة غير مخولة، أكثر من المعلومات التي يتم إرسالها عن طريق قنوات إرسال آمنة. فإذا وافقت على أن نرسل لك المعلومات الخاصة بك على بريدك الإلكتروني، فإنك بذلك تقبل المخاطر التي أوضحناها لك، وتوافق على أن تتحمل المسؤولية عن أي وصول غير مخول لهذه المعلومات الصحية في أثناء إرسالها إليك بناء على طلبك، أو بعد تسليمها إليك.

7. انتهاك المعلومات الصحية

سوف نخطر كمتى وقع انتهاك لمعلوماتك الصحية غير المؤمنة.

معلومات إضافية

كيف يمكن لأحد الأشخاص أن ينوب عنك. إن من حقل أن تحدد ممثلاً شخصياً يمكنه التصرف نيابة عنك للتحكم في خصوصية معلوماتك الصحية. ونرجو ملاحظة أن تحديد شخص ما ليتصرف نيابة عنك في التحكم في خصوصية معلوماتك الصحية لا يعطيه في حد ذاته حق اتخاذ القرارات المتعلقة بالعلاج نيابة عنك. وعادة ما يكون للوالدين والأوصياء الحق في التحكم في خصوصية المعلومات الصحية للقصر إلا إذا كان مسموحاً لهؤلاء القصر بموجب لاقانون بالتصرف في أمورهم بأنفسهم.

أنواع الحماية الخاصة للمعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، والصحة العقلية، وتعاطي المخدرات. تنطبق أنواع الحماية الخاصة على المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) وبعض المعلومات المتعلقة بالصحة العقلية ومعلومات تعاطي المخدرات. وقد لا تنطبق بعض أجزاء إشعار ممارسات الخصوصية العام هذا على أنواع المعلومات تلك. وهناك توضيح خطي لكيفية حماية هذه المعلومات في نهاية هذا الإشعار.

مسؤول الخصوصية. مسؤولة الخصوصية لدينا هي ساندرا ماليسزويسكي (Sandra Maliszewski). إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الإشعار أو ترغبون في الحصول على مزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بمكتب الخصوصية لدينا على رقم الهاتف التالي الرقم 718-692-8757.

كيف تحصل على صورة من هذا الإشعار

يحق لك الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار. يمكنك طلب نسخة ورقية في أي وقت، حتى لو كنت قد اخترت 718-692-5395 مسبقاً استلام هذا الإشعار إلكترونياً. للقيام بذلك، يُرجى الاتصال بقسم المعلومات الصحية على الرقم أو طلب نسخة خلال زيارتك، www.nych.com يمكنك أيضاً الحصول على نسخة من هذه الوثيقة من موقعنا الإلكتروني القادمة. قد نُجري تغييرات على ممارسات الخصوصية لدينا من حين لآخر. في حال إجراء أي تغييرات، سنقوم بتحديث هذا الإشعار لضمان حصولك على ملخص دقيق لممارساتنا. سيسري الإشعار المُعدّل على جميع معلوماتك المحفوظة لدى ومقدمي الخدمات التابعين له، وسنكون مُلزَمين قانوناً بالامتثال لأحكامه. يمكنك أيضاً الحصول على MMCH مركز أو زيارة، 718-692-5395 نسختك الخاصة من الإشعار المُعدّل عن طريق الاتصال بقسم المعلومات الصحية على الرقم موقعنا الإلكتروني، أو طلب نسخة خلال زيارتك القادمة. سيُشار إلى تاريخ سريان الإشعار في الزاوية العلوية اليمنى من الصفحة الأولى

كيف تتقدم بشكوى

إذا كنت تعتقد بأن حقوق الخصوصية الخاصة بك قد انتهكت فلك أن تتقدم إلينا بشكوى أو إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية. لتقديم شكوى إلينا، يرجى الاتصال بمكتب الخصوصية على رقم 718-692-8757. ولن ينتقم منك أحد أو يتخذ إجراءً ضدك للتقدم بشكوى.

سرية المعلومات المتعلقة بالصحة النفسية

تتمتع سرية وخصوصية معلومات الصحة النفسية التي يتم الاحتفاظ بها من قبل أي وحدة أو برنامج في هذا المستشفى، والمُرخص بصفة خاصة لتقديم خدمات الرعاية الصحية، تتمتع بالحماية التي تكفلها قوانين ولوائح الدولة، بل وبعض أنواع معلومات الصحة النفسية قد مُنح حماية إضافية. وفي حال نشأ تعارض بين إجراءات الحماية هذه والحماية التي تغطي معلومات صحية أخرى واردة أعلاه، تنطبق الحماية الخاصة بمعلومات الصحة النفسية.

وبصفة عامة، يجوز للموظفين داخل MMCH (أو شركاء أعمالها) استخدام معلومات الصحة النفسية ذات الصلة بمهامهم لتزويدكم بالعلاج، والحصول على المدفوعات مقابل هذا العلاج، أو مزاولة الأعمال التجارية الخاصة بـ MMCH. وبشكل عام، لا يجوز لـ MMCH الكشف عن معلومات الصحة النفسية الخاصة بك لأشخاص آخرين خارج MMCH، إلا في الحالات التالية:

- متى حصلت MMCH على تحويل خطي منك؛
- لشخص ممثل مخولاً لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالإنابة عنك؛
- الجهات الحكومية أو شركات التأمين الخاصة من أجل الدفع نظير الخدمات المقدمة لك؛
- لمزوّدي الخدمات الصحية الآخرين الذين يتولون علاجك ويمثلون جزءاً من نظام الصحة النفسية بالدولة؛
- امتثالاً لأمر صادر من المحكمة؛
- للأشخاص المناسبين القادرين على تجنب التهديدات الخطيرة والشبكة لصحتك أو سلامتك، أو لصحة أو سلامة شخص آخر؛
- للسلطات الحكومية المختصة للعثور على شخص مفقود أو إجراء تحقيق جنائي على النحو الذي تسمح به قوانين السرية الفدرالية والتابعة للولاية؛
- لخدمات الطوارئ الأخرى المخولة في المستشفيات على النحو الذي تسمح به قوانين السرية الفدرالية والتابعة للولاية؛
- لخدمات الصحة النفسية القانونية التي تقدمها الولاية؛
- للمحامين الذين يمثلون المرضى في الإجراءات غير الطوعية المتعلقة بالعلاج في المستشفى؛
- للمسؤولين الحكوميين المخولين لأغراض مراقبة أو تقييم جودة الرعاية المقدمة من جانب MMCH أو موظفيها؛
- للباحثين المؤهلين بدون تحويل محدد متى كانت هذه البحوث لا تمثل أي خطر على سرية وخصوصية معلوماتك؛
- للأطباء الشرعيين والمفتشين الطبيين لتحديد سبب الوفاة؛
- إذا كنت سجيناً، للمرفق الإصلاحي الذي يشهد بأن المعلومات ضرورية من أجل تزويدك بالرعاية الصحية، أو لحماية صحتك أو سلامتك، أو صحة وسلامة أي أشخاص آخرين في المرفق الإصلاحي.

سرية المعلومات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز):

تتمتع سرية وخصوصية المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)، والتي يتم الاحتفاظ بها من قبل MMCH، تتمتع بالحماية التي تكفلها قوانين ولوائح الدولة. وهذه الحماية أكثر شمولاً من الحماية التي تتمتع بها معلومات الرعاية الصحية الأخرى المذكورة أعلاه. وهذه الحماية أكثر شمولاً من الحماية التي تتمتع بها معلومات الرعاية الصحية الأخرى المذكورة أعلاه.

ويقصد بالمعلومات السرية المتعلقة بفيروس الإيدز أي معلومات تشير إلى أنك قد خضعت لفحوص تتعلق به، أو أنك مصاب بأي أمراض أو عدوى ذات صلة، فضلاً عن أي معلومات قد تسفر عن تحديدك بشكل معقول باعتبارك شخص قد خضع لفحص فيروس الإيدز أو أصيب بعدوى منه.

وبمقتضى قانون ولاية نيويورك، يمكن تقديم المعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) إلى الأشخاص المسموح لهم لهذا قانوناً، أو الأشخاص الذين سمحت لهم بموجب تحويل خطي.

وبصفة عامة، يمكن استخدام معلوماتك السرية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية من قبل موظفين داخل MMCH الذين يحتاجون إلى هذه المعلومات لتزويدك برعاية أو علاج مباشر، لإصدار الفواتير أو سجلات السداد، أو لمراقبة أو تقييم جودة الرعاية المقدمة في MMCH. وبشكل عام، لا يجوز لـ MMCH أن تظهر لأي شخص خارج Maimonides Health أي معلومات سرية تتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية، والتي تحصل عليها Maimonides Health في إطار علاجك، باستثناء:

- متى حصلت MMCH على تحويل خطي منك؛
- الكشف لشخص مخول بمقتضى القانون المعمول به لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالإناابة عنك، والمعلومات التي يتم الكشف عنها ذات صلة بتلبية هذا الشخص لدوره في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية هذه؛
- الكشف لمزود آخر للرعاية الصحية، أو جهة تسدد المدفوعات نظير العلاج، أو لأغراض هذا السداد؛
- الكشف لجهة خارجية تابعة لـ MMCH تحتاج إلى هذه المعلومات لتزويدك بالرعاية أو العلاج مباشرة، أو لعملية إعداد الفواتير أو سجلات السداد، أو لمراقبة أو تقييم جودة الرعاية التي يتم تقديمها في MMCH. وفي هذه الحالات، عادة ما تبرم MMCH اتفاقية مع هذه الجهة لضمان حماية سرية المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، على النحو الذي تقتضيه قوانين ولوائح السرية الفدرالية والتابعة للولاية؛
- الكشف لمؤسسة تحصل على أجزاء الجسد البشري لعلميات الزرع؛
- متى كنت تحصل على خدمات بموجب برنامج يخضع لرقابة أو إشراف جهة فدرالية أو تابعة للولاية أو جهة حكومية محلية، على أن يتم الكشف لهذه الجهة أو أي من موظفيها أو الجهات التابعة لها متى كان هذا الكشف ضرورياً بشكل معقول لأعمال الإشراف على تقديم خدمات البرنامج، أو رصده، أو إدارته؛
- متى تعين على المستشفى بمقتضى القانون الفدرالي أو قانون الولاية الكشف لمسؤول صحة عامة، بما في ذلك التقارير اللازمة بشأن نتائج فحوصات بعينها وجهات اتصال معروفة؛
- متى تعين على MMCH بمقتضى القانون الفدرالي أو قانون الولاية الكشف لمسؤول صحة عامة، بما في ذلك التقارير اللازمة بشأن نتائج فحوصات بعينها وجهات اتصال معروفة؛
- متى كان الكشف مطلوباً لأغراض الصحة العامة و/أو فيما يتعلق ببعض أحداث التعرض مع موظفي MMCH؛
- إذا كنت سجيناً، للمرفق الإصلاحي، والكشف عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية للمدير الطبي لهذا المرفق متى كان هذا ضرورياً له للقيام بمهامه وواجباته؛
- بالنسبة للوفيات، يتم الكشف لمدير الجنازة الذي يتولى أمر رفات المتوفى، والذي لديه حق الحصول في سياق عمله المعتاد على المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية على شهادة الوفاة.
- الكشف للإبلاغ عن إيذاء أطفال أو إهمالهم من قبل السلطات المعنية المحلية أو التابعة للولاية.

وقد يتسبب انتهاك لوائح الخصوصية هذه في إخضاع MMCH للعقوبات المدنية أو الجنائية.

ويمكن الإبلاغ عن الانتهاكات المشتبه به للسلطات المعنية وفقاً للقوانين الفدرالية وقوانين الولاية.

كيفية تقديم شكوى تتعلق باستخدام معلوماتك المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية:

إذا كنت تعاني من التمييز بسبب الكشف عن معلومات سرية تتعلق بفيروس المناعة البشرية، يمكنك الاتصال بشعبة حقوق الإنسان في ولاية نيويورك على الرقم 888.392.3644 ، أو لجنة حقوق الإنسان في مدينة نيويورك على الرقم 212.306.7500، حيث أنهما الجهتين المسؤولتين عن حماية حقوقك.