



إشعار ممارسات الخصوصية

معلوماتك.

حقوقك.

مسؤوليتنا.

يصف هذا الإشعار كيف يمكن استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها وكيف يمكنك الحصول على هذه المعلومات. يُرجى مراجعتها بعناية.

.

➤ راجع الصفحتين 2 و 3 لمزيد من المعلومات عن هذه الحقوق وكيفية ممارستها.	لديك الحق في: • الحصول على نسخة من سجلك الطبي الورقي أو الإلكتروني. • تصحيح سجلك الطبي الورقي أو الإلكتروني. • طلب التواصل بشكل سري. • طلب تقييد المعلومات التي نشاركها. • الحصول على قائمة بالجهات التي شاركنا معلوماتك معها. • الحصول على نسخة من إشعار الخصوصية هذا. • اختيار شخص يتصرف نيابةً عنك. • تقديم شكوى في حالة اعتقادك أن حقوقك المتعلقة بالخصوصية قد انتهكت.	حقوقك
➤ راجع الصفحة 4 لمزيد من المعلومات عن هذه الاختيارات وكيفية تنفيذها.	لديك بعض الاختيارات بشأن طريقة استخدامنا للمعلومات ومشاركتها عندما نفعل ما يلي: • تحديد ما إذا كان بإمكاننا إخبار أسرتك وأصدقائك عن حالتك. • تقديم الإغاثة في حالات الكوارث. • تقديم الرعاية الصحية النفسية. • تسويق خدماتنا وبيع معلوماتك. • جمع التبرعات.	اختياراتك
➤ راجع الصفحة 5 لمزيد من المعلومات.	قد نستخدم معلوماتك ونشاركها في أثناء ما يلي: • معالجتك وإدارة منظمنا. • إصدار فواتير خدماتك. • المساعدة على حل مشكلات الصحة العامة والسلامة. • إجراء أبحاث. • الامتثال للقانون والدعاوى القضائية والإجراءات القانونية. • الاستجابة لطلبات التبرع بالأعضاء والأنسجة. • العمل مع طبيب شرعي أو متعهد دفن الموتى. • معالجة طلبات تعويضات العمال وإنفاذ القانون وغيرها من الطلبات الحكومية.	الاستخدامات وحالات الإفصاح لدينا

حقوقك

لديك حقوق معينة عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية. يشرح هذا القسم حقوقك وبعض مسؤولياتنا لمساعدتك.

تشير كلمة "نحن" في إشعار ممارسات الخصوصية إلى Advocates والأفراد التالي ذكرهم:

- أي مختص رعاية صحية مُصرح له بإدخال معلومات في سجلك.
- أي مقدم رعاية صحية من طاقم عمل Advocates.
- كل أعضاء القوة العاملة في Advocates، بما يشمل الموظفين وطاقم العمل والمتطوعين وغيرهم من موظفي المركز الصحي.

• يمكنك طلب الاطلاع على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي ومعلوماتك الصحية الأخرى لدينا أو طلب الحصول عليها. اسألنا عن كيفية إجراء ذلك. • سنقدم نسخة أو ملخصًا من معلوماتك الصحية وعادةً ما يكون ذلك في غضون 30 يومًا من طلبك. وقد نفرض رسمًا معقولاً قائمًا على التكلفة.	الحصول على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي
• يمكنك أن تطلب منا تصحيح معلوماتك الصحية التي تعتقد أنها خاطئة أو ناقصة. اسألنا عن كيفية إجراء ذلك بالتواصل معنا باستخدام المعلومات المذكورة في صفحة 10. • قد "نرفض" طلبك، لكننا سنخبرك بالسبب كتابيًا في غضون 60 يومًا.	طلب تصحيح سجلك الطبي
• يمكنك أن تطلب منا التواصل معك بطريقة محددة (مثل هاتف المنزل أو هاتف العمل) أو إرسال الرسائل البريدية إلى عنوان مختلف. • "سنوافق" على كل الطلبات المعقولة.	طلب التواصل بشكل سري
• يمكنك أن تطلب منا عدم استخدام بعض المعلومات الصحية أو مشاركتها لأغراض العلاج أو الدفع أو إجراء عملياتنا. لا يتعين علينا الموافقة على طلبك، ويمكننا "رفضه" إذا كان سيؤثر في رعايتك. • إذا دفعت مقابل خدمة أو منتج رعاية صحية من مالك الخاص بالكامل، يمكنك أن تطلب منا عدم مشاركة تلك المعلومات مع شركة تأمينك الصحي لأغراض الدفع أو إجراء عملياتنا. "سنوافق" على طلبك، إلا إذا كان يوجد قانون يلزمنا بمشاركة تلك المعلومات.	طلب تقييد المعلومات التي نستخدمها أو نشاركها
• يمكنك أن تطلب قائمة (بيانات) بالمرات التي شاركنا فيها معلوماتك الصحية لمدة ستة أعوام قبل تاريخ طلبك، والجهات التي شاركنا معلوماتك معها وأسباب ذلك. • سنُدرج كل حالات الإفصاح باستثناء تلك المتعلقة بالعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية، وبعض حالات الإفصاح الأخرى (مثل أي معلومات طلبت	الحصول على قائمة بالجهات التي شاركنا معها المعلومات

منا الإفصاح عنها). سنقدم بيانًا واحدًا في العام مجانًا، لكننا سنفرض رسمًا معقولاً قائمًا على التكلفة إذا طلبت بيانًا آخر خلال 12 شهرًا.	
• يمكنك طلب الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت حتى إذا كنت قد وافقت على استلام هذا الإشعار إلكترونيًا. وسنقدم لك نسخة ورقية فورًا.	الحصول على نسخة من إشعار الخصوصية هذا
• إذا أعطيت توكيلًا رسميًا طبيًا إلى شخص ما أو إذا كان يوجد وصي قانوني عليك، يستطيع ذلك الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ قرارات بشأن معلوماتك الصحية. • سنحرص على أن يتمتع هذا الشخص بهذه الصلاحيات ويتمكن من التصرف نيابةً عنك قبل أن نتخذ أي إجراء.	اختيار شخص يتصرف نيابةً عنك
• يمكنك تقديم شكوى إذا شعرت أننا انتهكنا حقوقك، من خلال التواصل مع: كبير مسؤولي الامتثال لدى Advocates 251 Locke Drive Marlborough, MA 01752 يمكنك أن تتقدم بشكوى إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية عن طريق إرسال خطاب إلى 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 أو الاتصال على الرقم 1-877-696-6775، أو زيارة /privacy/hipaa/complaints/www.hhs.gov/ocr. • لن ننتقم منك على تقديم شكوى.	تقديم شكوى إذا شعرت أن حقوقك قد انتهكت

اختياراتك

بالنسبة إلى بعض المعلومات الصحية، يمكنك تبليغنا باختياراتك فيما نشاركه منها. إذا كان لديك تفضيلاً واضحاً بشأن كيفية مشاركة معلوماتك في الحالات المذكورة أدناه، تحدث إلينا. أخبرنا ماذا تريد أن نفعل، وسنتبع توجيهاتك.

● مشاركة المعلومات مع أسرتك أو أصدقائك المقربين أو الأشخاص الآخرين المشاركين في رعايتك. ● مشاركة المعلومات عند الإغاثة في حالات الكوارث. إذا لم تكن قادراً على إخبارنا بتفضيلاتك، على سبيل المثال، إذا كنت فاقداً للوعي، فقد نشارك معلوماتك بالفعل إذا اعتقدنا أن هذا في مصلحتك. يمكننا أيضاً مشاركة معلوماتك عند الضرورة لتخفيف تهديد خطير ووشيك على الصحة أو السلامة.	في هذه الحالات، لديك الحق والاختيار أن نخبرنا بما يلي:
● الأغراض التسويقية. ● بيع معلوماتك. ● معظم حالات مشاركة تقارير العلاج النفسي.	في هذه الحالات، لا نشارك معلوماتك/إطلاقاً إلا إذا أعطيتنا إذنًا كتابياً:
● قد نتواصل معك بشأن جهود جمع التبرعات، لكنك تستطيع تبليغنا بعدم التواصل معك مرة أخرى.	في حالة جمع التبرعات:

الاستخدامات وحالات الإفصاح لدينا

كيف نستخدم معلوماتك الصحية أو نشاركها عادةً؟
نستخدم معلوماتك الصحية أو نشاركها عادةً من خلال السبل التالية.

معالجتك	يمكننا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها مع المختصين الآخرين الذين يعالجونك.	مثال: طبيب يعالجك من إصابة سأل طبيباً آخر بشأن حالتك الصحية العامة.
إدارة منظمتنا	يمكننا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها من أجل إدارة عياداتنا وتحسين الرعاية التي تتلقاها والتواصل معك عند الضرورة.	مثال: نستخدم المعلومات الصحية المتعلقة بك لإدارة علاجك وخدماتك.
إصدار فواتير خدماتك	يمكننا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها لإصدار الفواتير وتلقي المدفوعات من البرامج الصحية أو الكيانات الأخرى	مثال: نعطي معلومات عنك إلى برنامج تأمينك الصحي لكي يدفع مقابل خدماتك. يجوز لنا الإفصاح عن نسخ من سجلك الكامل، بما في ذلك ملاحظات التقدم المحرز، استجابة لطلبات التدقيق من شركة تأمينك.
التواصل معك	يمكن أن نستخدم معلوماتك الصحية للتواصل معك لتبليغك بمعلومات عن العلاج وتعليمات رعاية المتابعة، أو معلومات عن الخدمات التي نقدمها.	مثال: قد نتواصل معك بشأن المواعيد المقررة أو الملغاة أو تحديثات التسجيل أو التأمين أو شؤون الفواتير أو الدفع أو التقييم قبل العملية أو استبيانات رضا العملاء أو نتائج الفحوصات.

ما السبل الأخرى التي يمكننا من خلالها استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها؟ يُسمح لنا بمشاركة معلوماتك أو يتعين علينا ذلك بطرق أخرى؛ عادةً ما تكون طرقاً تساهم في الصالح العام مثل الصحة العامة والأبحاث. ويجب أن نستوفي شروطاً كثيرة في القانون قبل أن نتمكن من مشاركة معلوماتك لهذه الأغراض. لمزيد من المعلومات، راجع:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

يمكننا مشاركة معلومات صحية متعلقة بك في حالات معينة كما يلي: • الوقاية من الأمراض. • المساعدة على سحب منتجات من السوق. • البلاغ عن التفاعلات الضارة تجاه الأدوية. • البلاغ عن حالات الإساءة أو الإهمال أو العنف المنزلي المشتبه بها. • منع تهديد خطير على صحة أو سلامة أي شخص أو تخفيفه.	المساعدة على حل مشكلات الصحة العامة والسلامة
يمكننا استخدام معلوماتك أو مشاركتها لإجراء أبحاث صحية. في معظم الحالات، تُحذف هوية المعلومات المتعلقة بك قبل مشاركتها؛ وإذا لم يكن هذا ممكناً، فلن نشارك المعلومات إلا بموافقتك المستنيرة فقط.	إجراء الأبحاث
سنشارك معلومات عنك إذا كانت قوانين الولاية أو القوانين الفدرالية تقتضي هذا، بما في ذلك مشاركتها مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية إذا أرادت معرفة أننا نمثل لقانون الخصوصية الفدرالي.	الامتثال للقانون
يمكننا مشاركة معلومات صحية متعلقة بك مع منظمات شراء الأعضاء.	الاستجابة لطلبات التبرع بالأعضاء والأنسجة
يمكننا مشاركة المعلومات الصحية مع محقق الوفيات أو الطبيب الشرعي أو متعهد دفن الموتى عندما يموت أحد الأشخاص.	العمل مع طبيب شرعي أو متعهد دفن الموتى

يمكننا استخدام معلومات صحية متعلقة بك أو مشاركتها في الحالات التالية: • من أجل مطالبات تعويض العاملين. • لأغراض إنفاذ القانون أو مشاركتها مع أحد مسؤولي إنفاذ القانون. • مع وكالات الإشراف الصحي في الأنشطة التي يصرّح بها القانون. • من أجل الوظائف الحكومية الخاصة مثل الجيش والأمن القومي وخدمات الحماية الرئاسية.	معالجة طلبات تعويضات العمال وإنفاذ القانون وغيرها من الطلبات الحكومية
يمكننا مشاركة معلومات صحية عنك استجابةً لأمر محكمة أو أمر إداري أو استجابةً لمذكرة استدعاء (ما لم تنطبق معايير أكثر صرامة بالولاية تمنع حالات الإفصاح هذه).	الاستجابة للدعوى القضائية والإجراءات القانونية

بشكل عام، سنطلب منك موافقتك الكتابية أو أمر القاضي قبل مشاركة بعض المعلومات الحساسة عنك، مثل:

سجلات تعاطي الكحوليات والمواد المخدرة. يُرجى الملاحظة أن القوانين واللوائح الفدرالية تحمي سرية سجلات المرضى الذين يعانون اضطراب تعاطي المواد المخدرة. راجع إشعار ضوابط الحماية الإضافية للسجلات المتعلقة باضطراب تعاطي المواد المخدرة المرفق بهذا الإشعار.

-
- المعلومات المتعلقة بمتلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) أو مركب الحالات المرتبطة بالإيدز (ARC) أو فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر الحالة أو نتائج الفحوصات، بغض النظر عما إذا كانت نتائج الفحص إيجابية أو سلبية.
- الأمراض المنقولة جنسياً.
- نتائج الفحوصات الوراثية.
- الموافقة على الإجهاض.
- استشارات ضحايا العنف المنزلي أو الاعتداء الجنسي.
- بعض وثائق العلاج النفسي المعينة.
- المراسلات مع مقدمي خدمات الصحة النفسية والأخصائيين الاجتماعيين.

مسؤولياتنا

- نحن مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية وأمانها.
- سنعلمك على الفور في حالة حدوث انتهاك قد يؤثر سلبًا على خصوصية معلوماتك وأمنها.
- يجب علينا الالتزام بالواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار وإعطائك نسخة منه.
- لن نستخدم معلوماتك أو نشاركها لأسباب أخرى غير مذكورة هنا، ما لم تُصرِّح لنا بذلك كتابةً. في حالة التصريح لنا بذلك، يمكنك تغيير رأيك في أي وقت. يُرجى تبليغنا كتابيًا إذا غيرت رأيك.

لمزيد من المعلومات، راجع:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

كم من الوقت نحتفظ بمعلوماتك؟

إننا نسجل المعلومات الصحية في صيغة ورقية أو إلكترونية أو صور فوتوغرافية ونحتفظ بها لمدة 20 عامًا بعد الخروج من المستشفى أو العلاج النهائي. تُحفظ السجلات الأخرى وفقًا للقوانين أو اللوائح الفدرالية وتلك الخاصة بالولاية. وتتاح نسخة من توجيهات الاحتفاظ بالسجلات الطبية لدينا عند الطلب.

التغييرات المُجراة على شروط هذا الإشعار

يمكننا تغيير شروط هذا الإشعار وستنطبق التغييرات على جميع المعلومات المتعلقة بك لدينا. وسيتاح الإشعار الجديد عند الطلب، في مكتبنا وعلى موقعنا الإلكتروني.

الشكاوى

إذا كنت تعتقد أن حقوق الخصوصية الخاصة بك قد انتهكت، يمكنك تقديم شكوى إلينا أو إلى أمين وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية. لتقديم شكوى إلينا، تواصل مع كبير مسؤولي الشكاوى لدينا على العنوان 251 Locke Drive, Marlborough, MA 01752 أو البريد الإلكتروني CCO@Advocates.org. يجب تقديم كل الشكاوى كتابيًا. يمكن التواصل مع مسؤول الخصوصية لدينا على الرقم 877 296-5432 وسيساعدك في كتابة الشكوى، إذا طلبت ذلك. لن ننتقم منك على تقديم شكوى.

اتصل بنا

إذا كانت لديك أسئلة بشأن إشعار ممارسات الخصوصية هذا، يُرجى التواصل مع:

كبير مسؤولي الامتثال لدى Advocates

الهاتف: 877-296-5432

البريد الإلكتروني: CCO@Advocates.org

بالنسبة إلى طلبات السجلات الطبية، تواصل مع:

مركز السجلات (Records Center)

251 Locke Drive

Marlborough, MA 01752

الهاتف: 508-628-6300

البريد الإلكتروني: RecordsCenter@Advocates.org

دخل الإشعار حين التنفيذ لأول مرة في 21 فبراير 2024، وجرى تعديله مؤخرًا في 16 فبراير 2026.

إشعار ضوابط الحماية الإضافية للسجلات المتعلقة باضطراب تعاطي المواد المخدرة

ينطبق إشعار ممارسات الخصوصية بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة ("HIPAA NPP") على كافة عملائنا. إذا كنت تتلقى علاجًا أو تشخيصًا أو إحالة للعلاج في أحد برامج اضطراب تعاطي المواد المخدرة المخصصة لدينا ("برامج الجزء 2")، فإن سرية سجلاتك ضمن هذه البرامج ("سجلات الجزء 2") تخضع لضوابط حماية إضافية بموجب القانون واللوائح الفدرالية: القسم 290dd-2 من الباب 42 من قانون الولايات المتحدة (U.S.C.)، والقسم 290ee-3 من الباب 42 من قانون الولايات المتحدة (U.S.C.)، والجزء 2 من الباب 42 من مدونة اللوائح الفيدرالية (C.F.R.) ("الجزء 2"). يُكْمَل هذا الإشعار إشعار ممارسات الخصوصية بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة ويصف ما يلي:

1. كيفية استخدام سجلاتك والإفصاح عنها ضمن برامج الجزء 2،
2. حقوقك المتعلقة بسجلات الجزء 2،
3. كيفية تقديم شكوى تتعلق بانتهاك خصوصية أو أمن سجلاتك ضمن برامج الجزء 2، أو انتهاك حقوقك المتعلقة بسجلاتك ضمن برامج الجزء 2.

يحق لك الحصول على نسخة من هذا الإشعار (ورقياً أو إلكترونياً) ومناقشته مع كبير مسؤولي الامتثال لدى Advocates على الرقم 877-296-5432 أو البريد الإلكتروني CCO@Advocates.org إذا كانت لديك أي أسئلة.

1. حالات الاستخدام والإفصاح

لا يجوز لبرامج الجزء 2 لدينا استخدام سجلاتك ضمن برامج الجزء 2 أو الإفصاح عنها إلا كما هو موضح في هذا القسم أو بموافقتك الكتابية.

(أ) الحالات المسموح فيها باستخدام سجلات الجزء 2 والإفصاح عنها دون الحصول على موافقة

- للتواصل مع الموظفين الآخرين داخل برنامج الجزء 2 ممن يحتاجون إلى المعلومات اللازمة لأداء مهامهم الوظيفية المرتبطة بتقديم التشخيص أو العلاج أو الإحالة للعلاج أو مع الأشخاص/ المكاتب الذين يتولون الإشراف الإداري المباشر على برنامج الجزء 2.
- إلى المؤسسات الخدمية المؤهلة التي تقدم خدماتها لنا أو نيابة عنا.
- إلى وكالات إنفاذ القانون أو المسؤولين إذا ارتكبت، أو هددت بارتكاب، جريمة في منشأتنا أو ضد موظفينا.
- للإبلاغ عن حالات الاشتباه في إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم بما يتوافق مع قوانين الولاية.
- إلى الطاقم الطبي في حالات الطوارئ الطبية بموجب شروط معينة.
- لأغراض البحث في حالة استيفاء شروط معينة.
- إلى الموظفين المؤهلين لأغراض الإدارة والتدقيق المالي أو تقييم البرامج، ممن يوافقون كتابياً على الالتزام بالقيود المفروضة على الاستخدام وإعادة الإفصاح.
- إلى هيئة الصحة العامة، في حالة إزالة أي بيانات تعريفية من المعلومات بشكل صحيح.

(ب) حالات الاستخدام والإفصاح المسموح بها التي تتطلب موافقة

- لأغراض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية.
- سيطلب منك برنامج الجزء 2 تقديم موافقة كتابية واحدة لكافة حالات الاستخدام أو الإفصاح المستقبلية عن معلوماتك لأغراض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية من أجل ضمان حصولك على أعلى مستوى من الرعاية المنسقة. إذا لم توقع على هذه الموافقة، فقد لا نتمكن من علاجك. وتظل هذه الموافقة سارية حتى تقوم بإلغائها كتابياً.
- [يمكنك أيضاً تقديم الموافقة لأغراض محدودة أكثر (على سبيل المثال، قصر الإفصاح عن المعلومات على مقدم رعاية صحية آخر من أجل علاجك)؛ ولكن القيام بذلك قد يؤثر على الخدمات التي يمكننا تقديمها لك أو طريقة دفعك مقابل الخدمات.]
- يجوز لنا أو لبرنامج آخر من برامج الجزء 2، أو كيان مشمول، أو شريك تجاري إعادة الإفصاح، دون موافقتك الكتابية، عن السجلات المفصّل عنها لنا أو لذلك البرنامج الآخر من برامج الجزء 2 أو الكيان المشمول أو الشريك التجاري بموجب موافقتك الكتابية على العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية، وذلك في حدود ما تسمح به لوائح قانون HIPAA فيما يتعلق بهذا الإفصاح.
- لا يجوز لبرنامج الجزء 2 استخدام السجلات أو الإفصاح عنها لجمع التبرعات لصالح برنامج الجزء 2 إلا إذا تم تزويدك أولاً بفرصة واضحة وجلية لاختيار عدم تلقي مراسلات جمع التبرعات.
- لا يجوز لبرنامج الجزء 2 إجراء عمليات استخدام وإفصاح غير موضحة في هذا الإشعار إلا بعد الحصول على موافقتك الكتابية.

(ج) حق إلغاء الموافقة أو سحبها

يمكنك إلغاء موافقتك الكتابية أو سحبها في أي وقت عن طريق إرسال طلب إلغاء كتابي إلى العنوان الموجود في نهاية إشعار HIPAA NPP أو تقديم طلب كتابي إلى برنامج الجزء 2. لن نستخدم سجلاتك ضمن برامج الجزء 2 أو نفصح عنها بعد ذلك الوقت، إلا بالقدر الذي اتخذنا فيه بالفعل إجراءات بالاعتماد على تلك الموافقة.

في حالة إلزامك بالخضوع للعلاج من خلال النظام القانوني الجنائي (بما في ذلك محكمة مختصة بقضايا المخدرات أو المراقبة أو الإفراج

المشروط) ووقعت على موافقة تسمح بعمليات إفصاح لعناصر النظام القانوني الجنائي مثل المحكمة أو ضباط المراقبة أو ضباط الإفراج المشروط أو المدعين العامين أو جهات إنفاذ القانون الأخرى، فقد يكون حقك في إلغاء الموافقة أكثر محدودية ويتعين شرحه بوضوح في الموافقة التي توقعها.

(د) حالات الاستخدام أو الإفصاح في الإجراءات القضائية وأوامر المحكمة

يجب علينا اتباع إجراءات معينة قبل استخدام معلوماتك أو مشاركتها لأغراض التحقيقات والإجراءات القضائية.

- لن نستخدم معلوماتك أو نشاركها أو نقدم شهادة بشأن معلوماتك في أي إجراءات مدنية أو إدارية أو جنائية أو تشريعية ضدك دون موافقتك الكتابية أو أمر من المحكمة.
- لن نستجيب لأمر محكمة باستخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها إلا إذا كان مصحوبًا بأمر استدعاء أو أي تفويض قانوني مماثل آخر يلزمنا بالامتثال.
- لن نستخدم معلوماتك أو نشاركها في الإجراءات المتخذة ضدك استنادًا إلى أمر قضائي إلا بعد أن نتلقى إشعارًا ونمنح فرصة لتقديم دفوعك، أو بعد أن نخبرنا بأنك قد تلقيت إشعارًا.
- يجوز لنا استخدام معلوماتك أو مشاركتها للرد على الإجراءات القضائية ضد برنامجنا استنادًا إلى أمر من المحكمة، وقد لا يتم إخطارك مسبقًا. ويحق لك المطالبة بنقض هذا الأمر أو تعديله بعد علمك به.

2. حقوقك المتعلقة بسجلاتك ضمن برامج الجزء 2

بصفتك مستفيدًا في برنامج الجزء 2 لدينا، يكون لديك كافة الحقوق المدرجة في إشعار HIPAA NPP، بما في ذلك الحق في طلب قيود على عمليات الإفصاح المجرة بموافقة مسبقة لأغراض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية. كذلك يحق لك الحصول على بيان بعمليات الإفصاح عن سجلات الجزء 2 الإلكترونية المجرة بموافقتك خلال السنوات الثلاث الماضية، بما في ذلك عمليات الإفصاح المتعلقة بالعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية عند إجراء عمليات الإفصاح تلك من خلال سجل صحي إلكتروني.

3. تقديم شكوى

اطلع على إشعار HIPAA NPP لمزيد من المعلومات حول تقديم الشكاوى.

تاريخ سريان هذا الإشعار هو 16 فبراير 2026.

الإقرار الخاص بإشعار ممارسات الخصوصية

بالتوقيع أدناه فإنني، (اسم متلقي الخدمة) _____، أقر بأنني تلقيت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية لدى (اسم المنظمة) _____ الساري حاليًا. لقد قرأت وفهمت شروط هذا الإشعار وأتحت لي فرصة لطرح أسئلة عن استخدام معلوماتي الصحية أو الإفصاح عنها.

توقيع متلقي الخدمة/الممثل الشخصي (إن وُجد)

التاريخ

اسم الممثل الشخصي بأحرف واضحة

الصلة بمتلقي الخدمات

OFFICE USE ONLY (للاستخدام الرسمي فقط)

تلقى الشخص إشعار ممارسات الخصوصية في (التاريخ) _____ عن طريق:

☐ لقاء بالحضور الشخصي

☐ البريد

☐ البريد الإلكتروني

☐ غير ذلك:

تعدّ الحصول على الموافقة الكتابية والإقرار بسبب:

☐ متلقي الخدمة/الممثل القانوني رفض التوقيع

☐ التحقق من استلام البريد الإلكتروني

☒ غير ذلك: _____

اسم الموظف ومُسماه الوظيفي: _____

توقيع الموظف: _____

التاريخ: _____

نموذج الملف في السجل