

عيادة أوريغون ، P.C.

المكتب الإداري 541 NE 20th Ave. Ste. 225 Portland, Oregon 97232

Oregonclinic.com

عنوان البريد الإلكتروني لجهة اتصال الخصوصية: compliance@orclinic.com

يوضح هذا الإشعار كيف يمكن استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والكشف عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى مراجعة ذلك بعناية.

إذا كانت لديك أسئلة حول هذا الإشعار ، فيرجى الاتصال بمسؤول الامتثال لدينا على الرقم 503-935-8000 عن طريق البريد الإلكتروني, compliance@orclinic.com ، أو عن طريق البريد على العنوان المذكور أعلاه.

تم تحديث هذه السياسة وفعاليتها اعتبارًا من: 12 تموز 2021.

من سيتبع هذا الإشعار

يصف هذا الإشعار ممارسات الخصوصية الخاصة بنا التي يتبعها مقدمو وموظفو عيادة أوريغون Oregon Clinic.

معلوماتك الصحية المحمية

ينطبق هذا الإشعار على المعلومات والسجلات التي لدينا حول حالتك الصحية وخدمات الرعاية الصحية التي تتلقاها في مكتبنا. قد يتضمن سجلك الصحي معلومات تم إنشاؤها واستلامها من قبل مكتبنا ؛ قد يكون في شكل سجلات مكتوبة أو إلكترونية أو كلمات منطوقة. قد تتضمن سجلاتك معلومات حول تاريخك الصحي وحالتك ، والأعراض ، والفحوصات ، والاختبارات المطلوبة ، ونتائج الاختبارات ، والعلاجات ، والإجراءات ، والتشخيصات ، والأدوية ، ونشاط الفوترة ذات الصلة وأنواع مماثلة من المعلومات المتعلقة بالصحة.

نحن مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية المعلومات الصحية المحمية ، وإعطائك هذا الإشعار ، وإخطار الأفراد المتضررين بعد خرق المعلومات الصحية المحمية غير المؤمنة. يشرح كيف يمكننا استخدام والكشف عن المعلومات الصحية المحمية عنك ويصف حقوقك والتزاماتنا فيما يتعلق باستخدام تلك المعلومات والكشف عنها.

كيف يجوز لنا استخدام الحماية والكشف عنها

معلومات صحية عنك

يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية والكشف عنها للأغراض التالية:

العلاج: قد نستخدم المعلومات الصحية المحمية عنك لتزويدك بالعلاج الطبي أو الخدمات. قد نكشف عن معلومات صحية محمية عنك للأطباء والمرضات والفنيين والصيدالدة وموظفي المكتب أو غيرهم من الموظفين الذين يشاركون في العناية بك وبصحتك.

على سبيل المثال ، قد يعالجك طبيبك من حالة قلبية وقد يحتاج إلى معرفة ما إذا كنت تعاني من مشاكل صحية أخرى قد تعقد علاجك. قد يطلع الطبيب على تاريخك الطبي ليقرر العلاج الأفضل لك. قد يخبر الطبيب أيضاً طبيباً آخر عن حالتك لتحديد الرعاية الأنسب.

قد يكشف الموظفون في مكتبنا عن معلومات عنك لأشخاص لا يعملون في مكتبنا لتنسيق رعايتك ، مثل الاتصال في الوصفات الطبية إلى الصيدلية الخاصة بك ، وجدولة العمل في المختبر وطلب الأشعة السينية. قد يكون أفراد الأسرة ومقدمو الرعاية الصحية الآخرون جزءاً من رعايتك الطبية خارج هذا المكتب وقد يطلبون معلومات عنك.

الدفع الاجور: يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك والكشف عنها ، لذلك قد يتم محاسبة العلاج والخدمات التي تتلقاها منا ، والدفع منك أو من شركة التأمين أو من طرف ثالث.

على سبيل المثال ، قد نحتاج إلى إخبار خطة التأمين الصحي الخاصة بك عن العلاج المقترح للحصول على موافقة مسبقة ، أو لتحديد ما إذا كانت خطتك ستدفع مقابل العلاج.

لعمليات الرعاية الصحية: قد نستخدم معلومات صحية محمية عنك ونكشف عنها لضمان حصولك أنت ومرضانا الآخرين على رعاية جيدة.

على سبيل المثال ، قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية لتقييم أداء موظفينا في العناية بك. قد نستخدم أيضاً المعلومات الصحية المحمية عن جميع مرضانا أو بعضهم لمساعدتنا في تحديد الخدمات الإضافية التي ينبغي تقديمها ، وكيف يمكننا أن نصبح أكثر كفاءة ، أو ما إذا كانت بعض العلاجات أو الأدوية الجديدة فعالة.

قد نكشف أيضاً عن معلوماتك الصحية المحمية إلى الخطط الصحية التي توفر لك التغطية التأمينية ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يعتنون بك. قد يتم استخدام إفصاحنا عن معلوماتك الصحية المحمية إلى خطتك الصحية ومقدمي الخدمات الآخرين لتحسين الرعاية وتقليل التكلفة وتنسيق الخدمات والامتثال للقانون.

بدائل العلاج: قد نخبرك أو نوصي بخيارات العلاج الممكنة أو البدائل التي قد تكون متاحة لك.

المنتجات والخدمات المتعلقة بالصحة: قد نخبرك عن المنتجات أو الخدمات المتعلقة بالصحة والتي قد تهمك. يرجى إخطارنا إذا كنت لا ترغب في أن يتم الاتصال بك لتذكيرك بالمواعيد أو إذا كنت لا ترغب في تلقي اتصالات حول بدائل العلاج أو المنتجات والخدمات المتعلقة بالصحة. يرجى إرسال طلبك الكتابي إلى مسؤول الامتثال على العنوان المدرج في هذا الإشعار.

استخدامات وإفصاحات أخرى

قد نشارك معلوماتك بطرق أخرى ، عادة لأغراض الصحة العامة أو البحث أو للمساهمة في الصالح العام. لمزيد من المعلومات حول الاستخدامات والإفصاحات المسموح بها ، راجع:

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

على سبيل المثال ، يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك أو الكشف عنها للأغراض التالية ، مع مراعاة جميع المتطلبات والقيود القانونية المعمول بها:

• **لتجنب تهديد خطير للصحة أو السلامة:** قد نستخدم معلومات صحية محمية عنك ونكشف عنها عند الضرورة لمنع تهديد خطير لصحتك وسلامتك أو صحة وسلامة الجمهور أو أي شخص آخر.

• **مطلوب بموجب القانون:** سنكشف عن معلومات صحية محمية عنك عندما يطلب منك ذلك بموجب القانون الفيدرالي أو الخاص بالولاية أو القانون المحلي.

• **البحوث الصحية:** قد نستخدم معلومات صحية محمية عنك ونفصح عنها لبعض أنواع الأبحاث الصحية التي لا تتطلب إذنك ، مثل ما إذا كان مجلس المراجعة المؤسسية (IRB) قد قام بالتلويح بشرط التفويض الكتابي. في جميع الحالات الأخرى ، سنطلب منك إذنك إذا كان سيتمكن الباحث من الوصول إلى اسمك أو عنوانك أو معلوماتك التي تحدد هويتك ، أو إذا كان الباحث سيشارك في رعايتك في مكتبنا.

• **التبرع بالأعضاء والأنسجة:** قد نشارك معلوماتك الصحية المحمية مع المنظمات التي تتعامل مع شراء الأعضاء أو زراعة العين أو الأنسجة ، أو إلى بنك التبرع بالأعضاء ، حسب الضرورة لتسهيل التبرع المصرح به منك أو إجراء عملية زرع لك.

● **الجيش والمحاربون القدامى والأمن القومي والاستخبارات:** إذا كنت عضوًا في القوات المسلحة أو كنت جزءًا من مجتمعات الأمن القومي أو الاستخبارات ، فقد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية ونكشف عنها وفقًا لما تتطلبه القيادة العسكرية أو السلطات الحكومية الأخرى. يجوز لنا أيضًا الإفصاح عن معلومات حول أفراد عسكريين أجانب إلى السلطة العسكرية الأجنبية المناسبة.

● **تعويض العمال:** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والكشف عنها لمطالبات تعويض العمال أو لبرامج مماثلة. توفر هذه البرامج فوائد للإصابات أو الأمراض المرتبطة بالعمل.

● **مخاطر الصحة العامة:** قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية ونكشف عنها لأسباب تتعلق بالصحة العامة من أجل منع أو السيطرة على المرض أو الإصابة أو الإعاقة ؛ للإبلاغ عن الولادات والوفيات ؛ للإبلاغ عن سوء المعاملة أو الإهمال أو الإصابات الجسدية غير العرضية ؛ للإبلاغ عن ردود الفعل على الأدوية أو المشاكل مع المنتجات.

● **أنشطة الرقابة الصحية:** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها إلى وكالة إشراف صحي لإجراء عمليات التدقيق أو التحقيقات أو عمليات التفتيش أو أغراض الترخيص. قد تكون هذه الإفصاحات ضرورية لبعض الوكالات الحكومية والفيدالية لمراقبة نظام الرعاية الصحية والبرامج الحكومية والامتثال لقوانين الحقوق المدنية.

● **الدعوى والنزاعات:** إذا كنت متورطًا في دعوى قضائية أو نزاع ، فقد نكشف عن معلومات صحية محمية عنك ردًا على أمر محكمة أو إداري. مع مراعاة جميع المتطلبات القانونية المعمول بها ، قد نكشف أيضًا عن معلومات صحية محمية عنك ردًا على أمر استدعاء.

● **تطبيق القانون:** يجوز لنا الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية إذا طلب من مسؤول إنفاذ القانون القيام بذلك ردًا على أمر محكمة أو أمر استدعاء أو أمر قضائي أو استدعاء أو عملية مماثلة ، وفقًا لجميع المتطلبات القانونية المعمول بها.

● **المحققون الطبيون والفاحصون الطبيون ومدراء الجنازات:** قد نصدر معلومات صحية محمية إلى الطبيب الشرعي أو الفاحص الطبي. قد يكون هذا ضروريًا ، على سبيل المثال ، لتحديد هوية الشخص المتوفى أو تحديد سبب الوفاة.

● **المعلومات التي لا تحدد هويتك الشخصية:** يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك أو الكشف عنها بطريقة لا تحدد هويتك أو تكشف عن هويتك

اختيارًا لك للحصول على معلومات صحية معينة ، يمكنك إخبارنا باختياراتك بشأن ما نشاركه. إذا كان لديك تفضيل واضح لكيفية مشاركة معلوماتك في المواقف

كما هو موضح أدناه ، يرجى الاتصال بمسؤول الامتثال لدينا وسنبذل جهودًا معقولة لاتباع تعليماتك.

على سبيل المثال ، لديك الحق والاختيار لإخبارنا بما إذا كنت تريد: مشاركة المعلومات ، مثل معلوماتك الصحية المحمية أو الحالة العامة أو الموقع ، مع عائلتك أو أصدقائك المقربين أو غيرهم من المشاركين في رعايتك ؛ مشاركة المعلومات في حالة الإغاثة في حالات الكوارث ، مثل منظمة الإغاثة للمساعدة في تحديد مكان عائلتك أو أصدقائك المقربين أو غيرهم من المشاركين في رعايتك أو إخطارهم ؛ واستبعد معلوماتك ، مثل اسمك أو رقم غرفتك أو حالتك العامة من دليل المستشفى.

● **العائلة والأصدقاء:** قد نكشف عن معلومات صحية محمية عنك لأفراد عائلتك أو أصدقائك إذا حصلنا على موافقتك الشفهية على القيام بذلك ، أو إذا أعطيناك فرصة للاعتراض على مثل هذا الكشف ولم تقدم أي اعتراض. قد نكشف أيضًا عن معلومات صحية محمية لعائلتك أو أصدقائك إذا استطعنا الاستدلال من الظروف ، بناءً على حكمنا المهني بأنك لن تعترض. على سبيل المثال ، قد نفترض أنك توافق على إفصاحنا عن معلوماتك الصحية المحمية لزوجك / زوجتك عندما تحضر زوجتك معك إلى غرفة الفحص أثناء العلاج أو أثناء مناقشة العلاج.

في الحالات التي لا تكون فيها قادرًا على إعطاء الموافقة لأنك غير موجود أو بسبب عجزك أو حالة طوارئ طبية ، قد نستخدم حكمنا المهني ونقرر أن الإفصاح عن أحد أفراد عائلتك أو صديقك هو في مصلحتك الفضلى. في هذه الحالات ، سوف نكشف فقط عن المعلومات الصحية المحمية ذات الصلة بمشاركة الشخص في رعايتك على سبيل المثال ، قد نبلغ الشخص الذي رافقك إلى المستشفى أنك تعرضت لجلطة دماغية ونقدم لك تحديثات حول تقدمك وتوقعات سير المرض لديك. قد نستخدم حكمنا المهني أيضًا للتوصية بأن من مصلحتك الفضلى السماح لشخص آخر بالتصرف نيابة عنك ، لتوجيهك إلى المواعيد ، والحصول على الوصفات الطبية و / أو المستلزمات الطبية أو الأشعة السينية.

● **الاستخدامات الأخرى والإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية:** لن نستخدم معلوماتك الصحية المحمية أو نكشف عنها لأي غرض بخلاف الأغراض المحددة في الأقسام السابقة دون الحصول على إذن كتابي منك. لن نستخدم معلوماتك الصحية المحمية أو نكشف عنها دون الحصول على إذن منك فيما يتعلق بما يلي: (1) الاستخدامات والإفصاحات لأغراض التسويق) قد ترسل عيادة أوريغون (TOC) من وقت لآخر صحف إخبارية إلى عنوان البريد الإلكتروني المرتبط بك الحساب. هذه الصحيفة الإخبارية هي لتعزيز الأغراض التعليمية لعمليات الرعاية الصحية لدينا وإبلاغك بالمنتجات والخدمات التي تقدمها. TOC يمكنك إلغاء الاشتراك في تلقي هذه النشرة الإخبارية في أي وقت باتباع إرشادات إلغاء الاشتراك في النشرة الإخبارية أو عن طريق التحديث تفضيلات حسابك (2) الاستخدامات والإفصاحات التي تشكل بيعًا للمعلومات الصحية المحمية ؛ (3) معظم الاستخدامات والإفصاحات

لملاحظات العلاج النفسي ؛ و (4) الاستخدامات والإفصاحات الأخرى غير الموضحة في هذا الإشعار. إذا منحنا إذنًا لاستخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك أو الكشف عنها ، فيجوز لك إلغاء هذا التفويض في أي وقت. يجب أن يتم ذلك كتابيًا ، وإرساله إلى مسؤول الامتثال على العنوان المدرج في هذا الإشعار. إذا قمت بإلغاء الإذن الخاص بك ، فلن نستخدم أو نصح عن معلومات عنك بعد الآن للأسباب التي يغطيها الإذن الكتابي الخاص بك ، ولكن لا يمكننا استعادة أي استخدامات أو إفصاحات تم إجراؤها بالفعل بإذن منك.

في بعض الحالات ، قد نحتاج إلى إذن كتابي لك للكشف عن أنواع معينة من المعلومات المحمية بشكل خاص مثل فيروس نقص المناعة البشرية أو تعاطي المخدرات أو الصحة العقلية أو معلومات الاختبارات الجينية.

حقوقك فيما يتعلق بالمعلومات الصحية المحمية عنك

لديك الحقوق التالية فيما يتعلق بالمعلومات الصحية المحمية التي نحتفظ بها عنك:

- **الحق في الفحص والنسخ:** يحق لك فحص معلوماتك الصحية المحمية والحصول عليها ، مثل السجلات الطبية وسجلات الفواتير ، التي نحتفظ بها ونستخدمها لاتخاذ قرارات بشأن رعايتك. قد يتم الحصول على نسخ من معلوماتك الصحية المحمية في شكل إلكتروني أو ورقي بناءً على طلبك إذا كانت قابلة للإنتاج بسهولة بهذا الشكل والصيغة. إذا لم يكن الأمر كذلك ، فسيتم توفير النسخ في نسخة إلكترونية ورقية بديلة قابلة للقراءة وفقًا لما اتفقنا عليه أنت وأنت. يجب عليك تقديم طلب خطي إلى عيادتك من أجل فحص أو الحصول على نسخة من معلوماتك الصحية المحمية. إذا طلبت نسخة من المعلومات ، فقد نفرض رسومًا على تكاليف النسخ أو الإرسال بالبريد أو المستلزمات الأخرى ذات الصلة. يجوز لنا رفض طلبك لفحص و / أو نسخ السجلات في ظروف محددة معينة. إذا تم رفض نسخ من المعلومات الصحية المحمية التي نحتفظ بها عنك أو الوصول إليها ، فقد تطلب مراجعة رفضنا. إذا منحك القانون الحق في مراجعة رفضنا ، فسنختار أخصائي رعاية صحية مرخصًا لمراجعة طلبك ورفضنا. لن يكون الشخص الذي يجري المراجعة هو الشخص الذي رفض طلبك ، وسنلتزم بنتيجة المراجعة.

- **حق التعديل:** إذا كنت تعتقد أن المعلومات الصحية المحمية لدينا عنك غير صحيحة أو غير كاملة ، يمكنك أن تطلب منا تعديل المعلومات. لديك الحق في طلب تعديل ما دام هذا المكتب يحتفظ بالمعلومات.

قد نرفض طلبك الخاص بالتعديل إذا لم يكن طلبك كتابيًا أو لا يتضمن سببًا لدعم الطلب. بالإضافة إلى ذلك ، يجوز لنا رفض طلبك إذا طلبت منا تعديل المعلومات التي: لم نقم بإنشائها (إلا إذا لم يعد الشخص أو الكيان الذي أنشأ المعلومات متاحًا لإجراء التعديل) ؛ ليس

تطلب منا تعديل المعلومات التالية: لم ننشئ (ما لم يعد الشخص أو الكيان الذي أنشأ المعلومات متاحًا لإجراء التعديل) ؛ ليست جزءًا من المعلومات الصحية المحمية التي نحفظ بها ؛ لن يُسمح لك بالتفتيش والنسخ ؛ دقيقة وكاملة.

لطلب تعديل ، يمكنك إكمال وتقديم نموذج حقوق المريض ، القسم 2 ، المتاح [هنا](#) على موقعنا على الإنترنت.

- **الحق في محاسبة الإفصاحات:** يحق لك طلب "محاسبة الإفصاحات". هذه قائمة بالإفصاحات التي أجريناها عن المعلومات الطبية الخاصة بك لأغراض أخرى غير العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية وعدد محدود من الظروف الخاصة التي تشمل الأمن القومي والمؤسسات الإصلاحية وإنفاذ القانون. ستستبعد هذه القائمة أيضًا أي إفصاحات قمنا بها بناءً على تفويضك الكتابي.

للحصول على هذه القائمة ، يجب عليك إرسال طلبك الكتابي إلى مسؤول الامتثال على العنوان المدرج في هذا الإشعار. يجب أن يذكر فترة زمنية ، والتي قد لا تزيد عن ست سنوات وقد لا تتضمن تواريخ قبل 14 أبريل 2003. يجب أن يشير طلبك بالشكل الذي تريده للقائمة (على سبيل المثال ، على الورق أو إلكترونيًا). ستكون القائمة الأولى التي تطلبها خلال فترة 12 شهرًا مجانية. بالنسبة إلى القوائم الإضافية في غضون فترة 12 شهرًا ، قد نعرض عليك رسومًا مقابل تكاليف تقديم القائمة. سنخاطرک بالتكلفة المتضمنة وفي ذلك الوقت يمكنك اختيار سحب أو تعديل طلبك قبل تكبد أي تكاليف.

لطلب محاسبة ، يمكنك إكمال وتقديم نموذج حقوق المريض ، القسم 3 ، المتاح [هنا](#) على موقعنا على الإنترنت.

- **الحق في طلب القيود:** يحق لك طلب تقييد أو تقييد على المعلومات الصحية المحمية التي نستخدمها أو نصح عنها عنك من أجل العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. لديك أيضًا الحق في طلب حد للمعلومات الصحية المحمية التي نكشف عنها عنك إلى شخص يشارك في رعايتك أو الدفع مقابلها ، مثل أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء. على سبيل المثال ، يمكنك أن تطلب منا عدم استخدام أو الكشف عن معلومات حول الجراحة التي أجريناها. لديك أيضًا الحق في تقييد الكشف عن المعلومات الصحية المحمية على خطة صحية دفعت فيها من جيبك مقابل الخدمات بالكامل.

ليس مطلوبًا منا أن نتفق على طلبك. إذا وافقنا ، فسنلتزم بطلبك ما لم تكن المعلومات المطلوبة لتزويدك بعلاج طارئ أو إذا طلب منا القانون استخدام المعلومات أو الكشف عنها.

لطلب القيود ، يمكنك إكمال وتقديم نموذج حقوق المريض ، القسم 1 ، المتاح [هنا](#) على موقعنا على الإنترنت.

• **الحق في طلب اتصالات سرية:** يحق لك أن تطلب أن نتواصل معك بشأن الأمور الطبية بطريقة معينة أو في مكان معين. على سبيل المثال ، يمكنك أن تطلب منا الاتصال بك في العمل فقط أو عن طريق البريد.

• لطلب اتصالات سرية ، يمكنك إكمال وتقديم نموذج حقوق المريض ، القسم 1 (أو إرسال طلبك الكتابي إلى مسؤول الامتثال على العنوان المدرج في هذا الإشعار). لن نسألك عن سبب طلبك. ونحن سوف نستوعب جميع الطلبات المعقولة. يجب أن يحدد طلبك كيف وأين تريد أن يتم الاتصال بك.

• **الحق في نسخة ورقية من هذا الإشعار:** يحق لك الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار. يمكنك أن تطلب منا أن نقدم لك نسخة ورقية من إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بنا في أي وقت. حتى إذا وافقت على استلامها إلكترونياً ، فلا يزال يحق لك الحصول على نسخة ورقية.

للحصول على هذه النسخة ، اتصل بمكتبك الطبي أو مسؤول الامتثال على رقم الهاتف أو العنوان المدرج في هذا الإشعار.

• **الشكاوى:** إذا كنت تعتقد أنه قد تم انتهاك حقوق الخصوصية الخاصة بك ، فيحق لك تقديم شكوى إلى مكتبنا أو إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية. لتقديم شكوى إلى مكتبنا ، اتصل بمسؤول الامتثال لدينا أو اتصل بالرقم 1-866-915-054 لن يتم معاقبتك أو الانتقام منك لتقديم شكوى.

• **التغييرات على هذا الإشعار:** نحتفظ بالحق في تغيير هذا الإشعار ، وجعل الإشعار المنقح أو المتغير ساريًا بالنسبة للمعلومات الطبية التي لدينا بالفعل عنك وكذلك أي معلومات نتلقاها في المستقبل. سنقوم بنشر الإصدار الحالي في المكتب مع تاريخ سريانه في الزاوية اليمنى العلوية من الصفحة الأولى. سنقوم أيضًا بنشر الإصدار الحالي على موقعنا. يحق لك الحصول على نسخة من الإشعار الساري حاليًا.

503-935-8000

- Facebook
- Twitter
- YouTube
- LinkedIn
- Instagram