



## اشعار ممارسة حق الخصوصية

هذا الاشعار يصف كيف الـمعلومات الطبية بك قد تستعمل وتكشف وكيف ان يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى الاطلاع عليها بعناية.

تاريخ تنفيذ الأشعار: 1 أيلول 2013

السجل الخاص بك يحتوي على معلومات شخصية عنك و عن صحتك. هذه المعلومات عنك التي قد تكشف عنك و ما يتعلق بالماضي او الحاضر او المستقبل عن صحتك البدنية او العقلية و ما يتعلق بها من خدمات الرعاية الصحية على انها المعلومات الصحية المحمية. نحن ملتزمون بحماية معلوماتك الصحية بما في ذلك معلوماتك المتعلقة بعلاج الصحة النفسية و ما يتعلق بها من خدمات رعاية صحية.

هذا الاشعار بممارسة حق الخصوصية ينطبق على المعلومات الصحية المحمية التي يحتفظ بها مصحة بوريجو و يصف الطرق التي تسمح لنا ان نكشف عن معلوماتك وفقا لقانون كاليفورنيا و قانون نقل التأمين الصحي و المحاسبة. كذلك لدينا التزامات معينة فيما يتعلق باستخدام و الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية. و يصف الاشعار ايضاً حقوقك و كيف يمكنك الحصول عليها و التحكم بمعلوماتك الصحية المحمية.

يلزم علينا حسب القانون ان (1) المحافظة على خصوصية المعلومات الصحية المحمية. (2) توفر لكم اشعار من واجباتنا القانونية و ممارسات الخصوصية فيما يتعلق بالمعلومات الصحية المحمية. (3) الالتزام بأحكام الاشعار الذي حالياً ساري المفعول.

### كيف يجوز لنا استخدام و الكشف عن المعلومات الصحية المحمية التي تخصك

القانون المنطبق والمعايير الأخلاقية تسمح لنا بالكشف عن معلومات عنك دون تصريح الخاصة بك فقط في عدد محدود من الحالات. انواع الاستخدامات و الكشف التي ممكن ان تتم دون تصريحك مذكورة ادناه و من ضمنها التي لازمة من قبل القانون.

**لتلقي العلاج.** يمكن استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها من قبل أولئك الذين يشاركون في رعايتك لغرض توفير وتنسيق، أو إدارة العلاج والرعاية الصحية والخدمات المتعلقة بها. على سبيل المثال؛ يجوز لنا تبادل معلوماتك الصحية المحمية مع الجهات والوكالات ومقدمي خدمات علاجك الطبي أو النفسي من أجل توفير أو تنسيق أشياء مختلفة التي تحتاجها، مثل الوصفات الطبية أو أنواع من العلاج. ممكن ان نطلبك بالاسم في غرفة الانتظار عند استعداد المزود الصحي لرؤيتك.

**للدفع.** ممكن نستعمل و نكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لكي نرسل لك او للتأمين الصحي او لطرف ثالث كل التكاليف لتلقي العلاج و الخدمات و تستلم منكم التكاليف. امثلة عن الأنشطة ذات صلة تشمل الدفع هي اتخاذ قرار الاستحقاق او تغطية من قبل التأمين الصحي او أنشطة الجمع او تجهيز المطالبات مع شركة التأمين الخاصة بك.

**لعمليات الرعاية الصحية.** قد نستخدم او نكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك لدعم بعض ادارة الاعمال و الأنشطة الادارية بما في ذلك و لكن ليست محددة الى أنشطة تقييم الجودة او أنشطة استعراض للموظف او منح التراخيص او اجراء او الترتيب لأنشطة تجارية أخرى. معلوماتك الصحية المحمية ممكن ان تستعمل او الكشف عنها بالامتثال بالقانون و التنظيمات و للالتزامات تعاقدية و الخدمات القانونية و تخطيط الاعمال و التنمية و لبيع جزء او كل من مصحة بوريجو لكيانا آخر و الاكتتاب و أنشطة التأمين الأخرى. على سبيل المثال، ممكن ان نشارك معلوماتك الصحية المحمية مع اطراف ثالثة التي تؤدي الخدمات المختلفة مثل خدمات الفواتير او الطباعة. بموجب قانون كاليفورنيا يحظر جميع الذين يتلقون معلومات الرعاية الصحية من إعادة الكشف على المعلومات الا اذا مطلوبة او يسمح بها قانونيا.

**تذكير بالمواعيد.** قد نتصل بك بالتليفون او البريد او وسيلة اخرى موافق عليها لتذكيرك بأن لديك موعد مع مصحة بوريجو. قد نترك رسائل صوتية لتذكيرك بأن لديك موعد اذا كنت تخولنا بالقيام بذلك.

**البدائل العلاجية/الخدمات الصحية ذات الصلة.** قد نقول لك عن خيارات العلاج او ننصحك بخيارات علاجية اخرى قد تكون ذات فائدة لك. قد نتصل بك أيضا لغرض فوائد متعلقة بصحتك او خدمات نقدمها.



**افصاحات الصحة العامة.** قد تكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لأغراض الصحة العامة. هذه الأغراض عموماً تشمل ما يلي:

منع أو السيطرة على الأمراض (مثل السرطان و السل) الأصابة أو العجز.  
الإبلاغ عن الاحداث الضارة أو المراقبة التي تتعلق بالأكل أو الأدوية أو عيوب أو مشاكل مع المنتجات.  
بلاغ الشخص الذي قد تعرض لمرض أو يكون في خطر نشر المرض أو الحالة.  
أبلاغ الجهة الحكومية المختصة اذا كنا نعتقد المريض كان ضحية لسوء المعاملة أو الإهمال و جعل هذا الكشف كما يسمح او يطلب به القانون.  
أبلاغ محقق أسباب الوفيات بوفاة المريض.

**الأنشطة الصحية المراقبة.** قد تكشف عن المعلومات الصحية المحمية للهيئات الحكومية و المعنية و مراجعة الحسابات و هيئات الترخيص كما ينقضي أو يتطلب به القانون.

**دعوي قضائية و إجراءات قانونية اخرى.** قد تكشف عن معلوماتك الصحية المحمية ردا على قرار المحكمة أو أمر أداري أو أمر استدعاء أو عملية أخرى مشروعة أو تفويض في حالة دعوات قضائية أو إجراءات قانونية اخرى. قد تكشف عن معلومات صحية محمية للمحكمة و المحامين و موظفي المحكمة خلال الوصاية أو الأمر أو لأجراءات قضائية و إدارية خاصة.

**أغراض تعويض العمال.** قد تكشف عن معلوماتك الصحية المحمية للمحامي الذي يمثل صاحب العمل الخاص بك بناء على طلبك إلا اذا كان اعطاء المعلومات يتعارض مع مصالحك المفضلة.

**تنفيذ القانون.** قد نعطي معلومات صحية محمية الى الموظفين المكلفين بتنفيذ القانون على النحو التالي:  
حسب الحاجة لحماية بعض المسؤولين المنتخبين، والبعض الآخر وأسرهم، كما هو مطلوب بموجب القانون.  
لحماية الأشخاص عند الضرورة لحمايتهم من خطر العنف الجدي الخطير.  
عندما يطلب في وقت دخول مريض المستشفى غير طوعاً.  
عند الإبلاغ بأن المريض في حين دخوله المستشفى كان ضحية لجريمة مرتكبة او جرائم اخرى.  
عند طلبها من قبل ضابط شرطة بأمر قانوني.  
للتعرف أو تحديد موقع المشتبه به و الهارب و الشاهد المادي وبعض الهاربين و بعض الأشخاص المفقودين أو لمسائل تتعلق بالأمن القومي.

**الأساءة و العنف المحلي.** قد نستعمل او تكشف عن معلومات صحية محمية للإبلاغ الألزامي بالأساءة للأطفال أو العنف المحلي أو الأساءة بالذنين كبار بالعمر حسب ما يتطلبه القانون. قد تكشف عن معلومات صحية محمية ذات صلة لمنع الأساءة أو كشف الهوية أو الإدارة أو علاج الطفل المعتدى عليه والديه أو أحد الكبار المساء لهم.

**قسم العدالة.** قد تكشف عن معلومات محدودة لقسم العدالة الخاصة بكاليفورنيا لأغراض تحديد الهوية و الحركة حول المرضى الجنائيين المعينين أو الأشخاص الذين قد لا يجوز أن يحملوا او يمتلكوا أو يشتروا سلاح ناري أو قاتل.

**موظفي أستجابة حالات الطوارئ.** قد تكشف المعلومات الصحية المحمية لموظفي الأستجابة لحالات الطوارئ بشأن التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية الإيدز بالقدر اللازم للأمتثال مع الدولة و القانون الفدرالي.

**سجين.** قد ننشر معلومات صحية محمية عنك الى المؤسسة الإصلاحية بحسب ما يصرح أو يتطلب به القانون اذا كنت سجين في مؤسسة أصلحية او في عهدة المسؤولين موظفين المكلفين بتنفيذ القانون.

**جمع الاموال.** مصحة بوريفو تستعمل معلوماتك للأتصال بك لجمع أموال لمنظمة بوريفو الصحية و أنشطتها. مصحة بوريفو قد تكشف عن معلومات صحية محمية لمؤسسة أو اعمال ذات الصلة لكي يتمكنوا من الأتصال بك. اذا فلعلنا ذلك فنقوم بأعطاء أسمك و عنوانك و رقم الهاتف و تواريخ حصولك على الخدمات في مصحة بوريفو فقط. سيتم اعلامك كيف يمكنك ايقاف أية أشعارات لجمع التبرعات اذا وصلك أشعار لجمع التبرعات من مصحة بوريفو.

**البحث:** مصحة بوريفو قد تستخدم او تكشف عن معلومات صحية محمية لأغراض البحث داخل مصحة بوريفو طالما (1) المعلومات الصحية المحمية لا تخرج من مصحة بوريفو.

يقدم ترخيص او تنازل او عملية اخرى كافية لمصحة بوريفو و الباحث يوافق على حماية المعلومات الصحية المحمية. جميع البحوث التي مصحة (2) بوريفو تقوم بها تخضع لعملية الموافقة الخاصة التي ترى بنظر الأعتبار حماية المعلومات الصحية المحمية في تقييم المشروع المقترح.



**ملاحظات العلاج النفسي.** ملاحظات العلاج النفسي، بما في ذلك أي ملاحظات منفصلة عن بقية السجلات الطبية التي يتم تسجيلها من قبل المهنيين وثيقة الصحة النفسية أو تحليل المحادثات خلال جلسة المشورة التي لا يمكن الكشف عنها دون الحصول على إذن خاصة منك إلا في ظروف معينة محدودة:

استخدام أو كشف في برامج تدريبية للطلاب و المتدربين او الممارسين بالإشراف عليها.  
استخدام أو كشف من قبل مصحة بوريغو للدفاع عن اجراءات قانونية أو اجراءات اخرى مرفوعة من قبلك.  
استخدام أو كشف مطلوب بموجب القانون.  
استخدام أو كشف المصرح للرقابة القانونية و الإشراف على الملاحظات للمعالج النفسي.  
لمنع أو تقليل تشكيل تهديدا خطير على صحة أو سلامة شخص آخر.

**للتسويق/التمويل.** ممكن لمصحة بوريغو ان تستخدم او تشكف عن معلوماتك الصحية لأغراض التسويق بما في ذلك الاتصالات للعلاج المدعوم و ذلك مع تحويل خطى منك.

**مع التحويل.** استخدامات و كشف ليس مصرح به القانون على وجه التحديد سوف يكون تصريح مكتوب من خلالك على تصريح لنشر المعلومات و التي يمكن أغانها في أي وقت من خلال تقديم أشعار خطي لضابط الخصوصية في مصحة بوريغو على العنوان التالي.  
955 Harbor Island Drive, Suite 110, San Diego, CA 92101

### **حقوقك بشأن معلوماتك الصحية المحمية**

معلوماتك الصحية المحمية هي ملك لمصحة بوريغو. لديك الحقوق التالية بشأن المعلومات الصحية المحمية التي نقوم بالاحتفاظ بها. يرجى تقديم طلبك خطيا الى ضابط الخصوصية لمصحة بوريغو للممارسة هذه الحقوق على العنوان التالي.  
955 Harbor Island Drive, Suite 110, San Diego, CA 92101

**الحق في الاستطلاع و النسخ.** مع بعض الاستثناءات, لديك الحق في التفتيش و الحصول على نسخة من معلوماتك الصحية المحمية. يجب تقديم طلب خطي الى العنوان اعلاه للحصول على نسخة من معلوماتك الصحية المحمية أو الاطلاع عليها. يجب على الطلب ان يحتوي على نوع المعلومات المطلوب الوصول اليها و اذا سيتم الاطلاع عليها او نسخها. يجب ان تدفع تكاليف النسخ و البريد (ان وجد) قبل اعطاء الوثائق لك. سوف نرد على طلب خلال 30 يوما.

قد نرفض طلبك للاطلاع او الحصول على نسخة في ظروف معينة محددة. اذا تم رفض طلبك للوصول الى المعلومات الصحية المحمية بأستثناء ملاحظات العلاج النفسي, يمكنك طلب اعادة النظر بالرفض. اخصائي صحي آخر مختار من قبل مصحة بوريغو سوف يطلع على طلبك و الرفض. الشخص الذي سوف يطلع على اعادة النظر لن يكون الشخص الذي رفض طلبك. سوف نمتثل بنتائج الأطلاع.

**الحق في طلب تعديل أو إضافة.** اذا كنت تشعر بأن المعلومات الصحية المحمية التي لدينا غير صحيحة او غير مكتملة, يمكن ان تطلب منا تعديلها او اضافة معلومات لها. لديك الحق في طلب تعديل او اضافة لطالما المعلومات منشأة و محتفظ بها من قبل مصحة بوريغو. يجب ان يكون طلبك خطيا الى العنوان اعلاه لاجراء التعديل. بالاضافة الى ذلك, يجب ان تقدم سببا يدعم طلبك. الأضافة يجب ان لا تتعدى عن 250 كلمة لكل طلب ناقص او غير صحيح في ملفك. قد نرفض طلبك للتعديل اذا كان ليس خطيا أو لا يحتوي على سبب لدعم طلبك. بالاضافة الى ذلك, قد نرفض طلبك اذا طلبت منا ان نعدل معلومات غير منشأة من قبل مصحة بوريغو أو ليست من ضمن المعلومات الصحية المحمية المحتفظة بها مصحة بوريغو أو ليست من ضمن المعلومات المسموح لك بالاطلاع عليها و نسخها أو المعلومات دقيقة و كاملة في ملفك.

اذا رفضنا طلبك للتعديل, سوف نقدم لك رفض كتابيا خلال 60 يوم من تاريخ طلبك. لديك الحق لتقديم بيان عدم الموافقة مع قرار الرفض الى العنوان اعلاه. اذا اخترت عدم تقديم بيان عدم الموافقة على الرفض, يمكنك الطلب منا ان نقدم نسخة طلبك و رفضنا مع اي كشف مستقبلي عن معلوماتك الصحية المحمية التي طلبت منا تعديلها. بيان عدم الموافقة مع الرفض يجب أن يكون 250 كلمة او اقل. سوف نقدم لك نسخة لمعلوماتك اذا اعدنا رد.

**الحق في محاسبة الإفصاحات.** لديك الحق في طلب و الحصول على قائمة معينة من الإفصاحات التي نتخذها من معلوماتك الصحية المحمية. قد تحاسب برسوف معقولة اذا طلبت المحاسبة اكثر من مرة خلال 12 شهر. لطلب محاسبة الإفصاحات, قدم طلب خطيا الى العنوان اعلاه. يجب على طلبك ان يحتوي على فترة زمنية لا تتعدى 6 سنوات ماضية.



**الحق في طلب القيود.** لديك الحق في طلب القيود أو تحديد على المعلومات الصحية المحمية التي نستعملها أو نكشفها للعلاج أو الرسوم أو العمليات و الرعاية الصحية. لديك الحق أيضا بأن تقدم طلب بتحديد المعلومات الصحية المحمية التي نكشف عنها الى الذي له علاقة بمعالجتك أو الشخص المسؤول عن الرسوم العلاجية مثل شخص من العائلة أو صديق أو شركة التأمين الصحي. يمكنك و على وجه التحديد طلب تقييد على معلوماتك الصحية الخاصة بك للأغراض أو الخدمات التي تم دفع تكاليفها من مالك الخاص. يجب طلبك ان يكون خطيا الى مصحة بوريغو على العنوان اعلاه و يجب ان يذكر (1) المعلومات التي ترغب ان تحددتها (2) اذا منت ترغب بتحديد استعمالنا للمعلومات أو كشفها أو كليهما (3) الى من تريد التحديدات ان تكون. سوف نتمثل مع طلبك الا اذا المعلومات طلبت لتوفير علاج في حالات الطوارئ.

**الحق في طلب اتصالات سرية.** لديك الحق في أن تطلب منا التواصل معك بخصوص امور الرعاية الصحية بطريقة معينة أو بمكان معين. على سبيل المثال, قد تطلب منا أن نتصل بك بالمنزل فقط أو عن طريق البريد فقط. يجب إجراء طلبك خطيا الى ضابط الخصوصية على العنوان اعلاه لطلب الاتصالات السرية. سوف نلبي كل الطلبات المعقولة.

**حق الفرد المتأثر ان يتم اعلامه في حالة كشف عن معلوماته الشخصية بصورة غير صحيحة.** في حالة مؤسسة من الكشف عن معلوماتك الصحية, لديك الحق من تلقي اشعار منا للظروف المحيطة و عن معلوماتك الصحية التي تم الكشف عنها و ما هي الخطوات التي يجب اتخاذها لحماية خصوصيتك. سوف نقدم لك اشعار خطي عن هذا الكشف الغير صحيح بعد اكتشافنا له.

**الحق في حصول على نسخة ورقية.** لديك الحق في طلب نسخة ورقية من هذا الاشعار عن الطلب.

#### **احداث تغييرات في الممارسات الخصوصية و هذا الاشعار**

لدينا الحق في تغيير ممارساتنا الخصوصية و هذا الاشعار. لدينا الحق في تفعيل الاشعار المنقح أو المبدل و أي معلومات أخرى التي توجد لدينا بخصوص معلوماتك الصحية المحمية في المستقبل. توجد نسخة حالية من هذا الاشعار في مصحة بوريغو. سوف نقدم لك نسخة من أي اشعار منقح عن طريق البريد أو عند موعدهم القادم.

#### **الشكاوى**

يمكنك تقديم شكوى الى ضابط الخصوصية على العنوان اعلاه أو الى أمين دائرة الخصوصية و الصحة الإنسانية اذا كنت تعتقد ان الحقوق الخصوصية قد انتهكت.



## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

### اشعار ممارسة حق الخصوصية

#### Acknowledgement of Receipt

#### الإقرار بالاستلام

By signing this form, you acknowledge receipt of the "Notice of Privacy Practices" of Borrego Health. Our "Notice of Privacy Practices" provides information about how we may use and disclose your protected health information. We encourage you to read it in full.

أنك تقر بأستلام "أشعار ممارسة حق الخصوصية" الخاصة بمصحة بوريغو من خلال توقيع هذه الوثيقة. "أشعار ممارسة حق الخصوصية" الخاص بنا يوفر معلومات عن استخدامنا و كشفنا عن معلوماتك الصحية المحمية. نرجوكم على قراءتها بالكامل.

Our "Notice of Privacy Practices" is subject to change. If we change our notice, you may obtain a copy of the revised notice by accessing our website, contacting the Privacy Office, or at the Clinic.

"أشعار ممارسة حق الخصوصية" معرض للتغيير. اذا تم تغيير الأشعار, يمكنك الحصول على نسخة من خلال موقعنا الالكتروني أو الأتصال بمكتب الخصوصية أو في العيادة.

If you have any questions about our "Notice of Privacy Practices," please contact the Privacy Office at (619) 398-2405.

اذا كان لديك أي سؤال على "أشعار ممارسة حق الخصوصية" يرجى الاتصال بمكتب الخصوصية على (619)-398-2405.

I acknowledge receipt of the "Notice of Privacy Practices" of Borrego Health.

أنا اقر بأستلام "أشعار حق الخصوصية" الخاص بمصحة بوريغو.

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Medical Record #: \_\_\_\_\_  
أسم المريض: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ رقم الملف الصحي: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date Signed: \_\_\_\_\_  
توقيع: \_\_\_\_\_ تاريخ التوقيع: \_\_\_\_\_

If signed by someone other than patient, indicate relationship: \_\_\_\_\_  
أذكر العلاقة اذا وقعت من قبل شخص اخر غير المريض:

Name of Legal Representative: \_\_\_\_\_  
أسم الممثل القانوني:

#### For Office Use Only: Inability to Obtain Acknowledgment

لأستعمال المكتب فقط: عدم القدرة على الحصول على الأقرار

The patient listed above received a copy of, and had an opportunity to review, the Notice of Privacy Practices. We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of the Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

تلقي المريض المذكور اعلاه على نسخة من أشعار ممارسة حق الخصوصية و حضي على فرصة لقراءتها. حاولنا الحصول على أقرار مكتوب بأستلام أشعار ممارسة حق الخصوصية ولكن لن نتمكن من ذلك للأسباب التالية



- Individual refused to sign  
الشخص رفض التوقيع
  - Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement  
حواجز التواصل حظرت الحصول على الأقرار
  - An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement  
حالة طارئة منعتنا من الحصول على الأقرار
  - Other (Please Specify)  
أخر (يرجى التحديد)
- 

Employee Name: \_\_\_\_\_  
اسم الموظف:

Date: \_\_\_\_\_  
تاريخ:

Employee Signature: \_\_\_\_\_  
توقيع الموظف: