

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information (ملاحظة ممارسات الخصوصية للمعلومات الطبية للعميل)



للمعلومات الطبية للعميل

سار في 1, 2024

يجب على DSHS إخطارك بقانون نقل Health Insurance Portability and Accountability Act (التأمين الطبي الخاص بك ومسؤوليته، HIPAA) وحقوق الخصوصية. (CFR §164.520 45). يعتبر DSHS "كيان هجين." ليست جميع DSHS مغطاة بواسطة HIPAA، ولكن البرامج المدونة فقط مثل [عناصر الرعاية الصحية على متصفح DSHS](#) مغطاه بواسطة HIPAA. تطبق هذه الملاحظة للعملاء المخدومين فقط من هؤلاء البرامج المغطاه. لا تؤثر هذه الملاحظة على أحييتك لخدمات DSHS.

توضح هذه الملاحظة كيف يمكن أن تُستخدم معلوماتك الطبية ويُفصح عنها، وكيف يمكنك أن تحصل على هذه المعلومات. لذا يُرجى قراءته بعناية تامة.

ما هي PHI؟

Protected Health Information (المعلومات الصحية المحمية، PHI) هي المعلومات الطبية للعميل في حيازة أجزاء من DSHS المغطاة بواسطة HIPAA. تعد PHI معلومات طبية مرتبطة بك فيما يتعلق بحالتك الصحية أو ظروفها، أو الاهتمام الصحي الذي تتلقاه، أو دفع تكاليف اهتمامك الصحي. يجب على DSHS أن تحافظ على PHI الخاص بك بموجب القانون.

ما هي PHI التي لدى DSHS عني؟

ربما تحتاج إمدادنا بمعلومات طبية أو صحية متضمنة موقعك أو معلوماتك المالية أو سجلاتك الطبية، لمساعدتنا لخدمتك. ربما نأخذ أيضا PHI عنك من مصادر أخرى ضرورية لخدمتك أو الدفع لاهتمامك.

من يطلع على PHI الخاصة بي؟

نستخدم أقل نسبة من PHI التي نحتاجها لأداء مهامنا. ربما نشارك PHI مع البرامج الأخرى أو الأشخاص إذا سُمح لذلك بموجب القانون أو بإذن منك. على سبيل المثال، ربما يُعطى PHI الخاص بك أو يستخدمه Health Care Authority (هيئة الرعاية الصحية) وموفروا خدمة الاهتمام الصحي الآخرين للتنسيق لاهتمامك الصحي والدفع له. ربما نشارك PHI ماضي أو حاضر أو مستقبلي.

ما هو PHI الذي تشاركه DSHS؟

نشارك PHI الخاص بك الذي يحتاجه الآخرون لأداء مهامهم والمسموح به بموجب القانون. ربما تطلب قائمة بمن شاركت DSHS معهم PHI الخاص بك لبعض الأغراض في الست سنوات الماضية.

متى تشارك PHI DSHS؟

نشارك PHI عند "الحاجة لمعرفة أسس" لتنسيق خدمات ولللاج والدفع وخدمات الاهتمام الصحية. يمكن أن نشارك معلومات على سبيل المثال:

- مع موفرين الخدمة الصحية لتقديم العلاج الطبي وإدارة الحالة.
- مع الشخص المسؤول عن الدفع لخدمات الاهتمام الصحية من أجل التجهيز للدفع.
- لحسم إذا كنت جدير ببرامج DSHS.
- لدعم عمليات أعمالنا، فعلى سبيل المثال لتحديد إذا تلقيت اهتمام يوافق المعايير القانونية من موفرين الخدمة. يمكن أن تشمل هذه الأعمال تجميع البيانات وإدارة خطر الأعمال والتدقيق.

بالإضافة إلى الإفصاح عن العلاج والمدفوعات وعمليات الاهتمام الصحية، فممكن أن تشارك DSHS ال PHI بدون تصريح منك لبعض الأسباب الأخرى. ربما نكون مطالبين بمشاركة PHI الخاصة بك أو مسموح لنا بمشاركتها وذلك بموجب القانون. تتضمن بعض الأمثلة الحاجة إلى:

- مشاركة معلومات صحية عنك مع صديق أو فرد من العائلة شارك في الاهتمام بك. لديك الحق في الاعتراض على هذه المشاركة. لن نصح عنها لفرد العائلة أو صديق إذا اعترضت.
- المشاركة مع هيئة الصحة العامة لأعمال الصحة العامة مثل منع المرض أو التحكم فيه أو الإصابة أو تقرير المواليد والوفاة.
- تقرير حوادث إيذاء الطفل أو البالغين أو الإهمال أو العنف العائلي Child Protective Services (لخدمات حماية الطفل) أو Adult Protective Services (لخدمات حماية البالغين) أو الشرطة أو هيئات أخرى.
- تقديم سجلات بناء على طلب المحكمة أو استدعاء إلى المحكمة أو طلب اكتشاف أو عمليات قانونية أخرى أو للإجراءات القضائية والإدارية.
- مشاركة PHI مع الهيئات الرقابية التي ترخص المختصين في مجال الصحة وترخص وتعين المرافق الصحية مثل منازل الرعاية الصحية والمستشفيات.
- مشاركة PHI مع هيئات الهيئات الحكومية الفيدرالية والولائية للاهتمام بك، إن لزم الأمر لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على الخدمات أو الامتيازات أو كما مصرح بموجب القانون.
- إعطاء PHI للآباء أو والدين القصر.
- مشاركة PHI لمنع التهديد الخطير أو المتوسط للحياة أو تقليله أو سلامة الشخص أو العامة.
- مشاركة PHI معينة مع مسؤولو تنفيذ القانون.
- مشاركة PHI لبحث، ولمشروع بحث موافق عليه، عندما تكون خصوصيتك محفوظة.
- المشاركة مع السلطات العسكرية في بعض المواقف، إذا كنت في القوات المسلحة أو محارب قديم.
- إعطاء PHI لهيئات تعويض العمال.
- استخدام PHI أو الإفصاح عنها في حالة الطوارئ أو أغراض الإغاثة في حالات الكوارث.
- مشاركة PHI الخاصة بك بعد وفاتك مع منفذ الوصية للتركة أو الطبيب الشرعي أو منظم عملية الدفن أو عملية زراعة الأعضاء.
- عندما يسمح لها بموجب القانون أو تطلب

متي ممكن أن تشارك DSHS
ال PHI الخاص بي بدون تفويضي؟

سجلات علاج اضطرابات تعاطي
المخدرات

لن نشارك share substance use disorder (سجلات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات، SUD) حتي نأخذ موافقتك أو نُصرح بواسطة قواعد 42 C.F.R. الجزء الثاني (الجزء الثاني). إذا تلقينا سجلات الجزء الثاني الخاصة بك من شخص آخر مثل مرفر خدمة SUD الخاص بك، فربما نصح عن السجلات إذا سُمح استناداً إلى HIPAA. مع ذلك، لن نصح بسجلات SUD للجلسات المدنية والإدارية والتشريعية ضدك إلا إذا وافقت كتابياً أو بناء على طلب المحكمة.

لن نستخدم PHI الخاص بك أو نشاركه (1) لتولي تحقيق تشريعي أو مدني أو إداري أو (2) لفرض التزام تشريعي أو مدني أو إداري لطلب سجلات الاهتمام بالصحة الإنجابية أو أخذها أو توفيرها أو تسهيلها، عندما يكون الاهتمام الصحي مطابقاً للقانون حينما يُوفر. فعلى سبيل المثال، لن نوفر PHI لتنفيذ القانون من أي ولاية أخرى للتحقيق في خدمات الاهتمام بالصحة الإنجابية القانونية في ولاية Washington.

سجلات الاهتمام بالصحة الإنجابية

إذا طُلبت سجلاتك لخدمات الاهتمام بالصحة الإنجابية القانونية من أجل أعمال الرقابة الصحية أو دعوى تشريعية أو إدارية أو لأغراض تنفيذ القانون أو الإفصاح للمحقق أو الطبيب الشرعي، لن نشاركها حتى يقدموا لنا تصريح مكتوب بأنهم لن يستخدموها للتحقيق في العقوبات القانونية أو التقاضي فيها من أجل خدمات الاهتمام بالصحة الإنجابية. لن نشارك سجلاتك على سبيل المثال مع تنفيذ القانون أو الطبيب الشرعي حتى يؤكدوا بالتوقيع عليه بأنهم لن يستخدموها للتحقيق في العقوبات القانونية أو التقاضي فيها من أجل خدمات الاهتمام بالصحة الإنجابية.

تحتاج بعض المشاركة غير المدرجة في هذه الملاحظة لإذنتك. لن نستخدم PHI الخاصة بك للتسويق إليها أو بيعها بدون إذن مدون منك. سيُطلب منك التوقيع على نموذج تفويض للسماح لنا بمشاركة PHI الخاصة بك إذا:

ماذا لو أردت لشخص آخر أن يأخذ PHI الخاصة بي؟

● نحتاج إذنتك لتوفير الخدمات والاهتمام.

● نحتاج إذنتك لمشاركة ملاحظات الطب النفسي.

● تريد منا إرسال PHI الخاصة بك لوكالة أخرى أو موفر خدمة لأسباب غير مسموح بها بموجب القانون بدون إذنتك. أو

● تريد إرسال PHI لشخص آخر على سبيل المثال المحامي الخاص بك أو قريب أو ممثل آخر.

إذنتك لمشاركة PHI الخاصة بك فعال حتى إنتهاء التاريخ المذكور في النموذج. يمكننا مشاركة PHI التي أدرجتها فقط. من الممكن إلغاء هذا الإذن أو تغييره بالكتابة إلى DSHS.

يمكنك رؤية PHI الخاصة بك في صورة ورقية أو إلكترونية. سنعطيك نسخة من PHI الخاصة بك إذا طلبت. ربما تلزمك DSHS بالرسوم المعقولة من أجل النسخ.

هل يمكنني رؤية PHI الخاصة بي؟

لديك الحق في الحصول على تقرير يحتوي على قائمة الإفصاحات عن PH الخاص بك في الست سنوات الماضية ماعدا الإفصاح عن العلاج أو المدفوعات أو العمليات أو بإذنتك. إذا طلبت أكثر من حساب واحد في غضون أي 12 شهرًا، فربما تلزمك DSHS بالرسوم المعقولة.

هل يمكنني الحصول على قائمة بالإفصاحات عن PHI الخاصة بي؟

إذا اعتقدت أن PHI الخاصة بك خطأ، فيمكنك الطلب منا كتابيًا تغيير أو إضافة PHI جديدة.

هل يمكنني تغيير PHI الخاصة بي؟

سنأخذ الطلب في الاعتبار لكننا غير مُطالبين بالموافقة. ربما تطلب أيضًا أن نرسل أي تعديلات للآخرين الذين لديهم نسخ من PHI الخاص بك.

من الممكن أن تطلب منا كتابيًا أن نحدد استخدام PHI الخاصة بك أو مشاركتها، لكن ليس علينا الموافقة. من الممكن أن تطلب منا نقل PHI الخاصة بك بصيغة مختلفة أو إلى أماكن مختلفة.

هل يمكنني وضع حدود لمشاركة PHI الخاصة بي وكيف أحصل عليها؟

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information (ملاحظة ممارسات الخصوصية للمعلومات

الطبية للعميل)

سار في 2024, November 1

الصفحة 4

الانتهاك هو استخدام PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها متضمنة الفقد عن طريق السرقة أو الخطأ أو الاختراق، والتي لا يُسمح بها بموجب HIPAA. إذا حدث هناك انتهاك ل PHI الخاصة بك سنخبرك عبر البريد الإلكتروني بموجب HIPAA.

ما هو الانتهاك؟

نعم. ملاحظة الخصوصية هذه لك للاحتفاظ بها. ربما تطلب نسخة ورقية إذا حصلت على ملاحظة الخصوصية إلكترونياً وسنعطيك واحدة.

هل يمكنني الحصول على نسخة من ملاحظة الخصوصية هذه؟

يُطلب منا الالتزام بهذه الملاحظة. لدينا الحق في تغيير هذه الملاحظة. سنحدث هذه الملاحظة إذا تغيرت القوانين أو ممارسات الخصوصية الخاصة بنا، وسنرسل لك نسخة أو معلومات عن الملاحظة الجديدة وأين يمكنك إيجادها.

ماذا لو تغيرت ممارسات خصوصية PHI؟

يمكنك التواصل مع مسؤول خصوصية DSHS إذا كانت لديك أي تساؤلات حول هذه الملاحظة على DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov أو 902-8278 (360).

من اتواصل معه إذا كانت لدي أسئلة حول هذه الملاحظة أو حقوق PHI الخاصة بي؟

يمكنك تقديم شكوى إذا تعتقد أن حقوق خصوصية PHI الخاصة بك إلى:

كيف يمكنني الإبلاغ عن انتهاك حقوق خصوصية PHI الخاصة بي؟

مسؤول خصوصية DSHS، Department of Social and Health Services، PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 أو عبر البريد الإلكتروني إلى DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov. لن نغير DSHS خدماتك أو تقفها إذا قدمت شكوى ويجب ألا تنتقم منك.

أو

قدم شكوتك أونلاين على: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf

أو بالكتابة إلى: Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg, Washington, D.C. 20201، هاتف (800) 368-1019. يجب تقديم أي شكوى إلى DHHS في غضون 180 يوماً من انتهاك الخصوصية المزعوم.