

HENRY FORD HEALTH®

إخطار ممارسات الخصوصية ("الإخطار")

تاريخ السريان: 4 فبراير 2026

يصف هذا الإخطار كيف يمكن استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول لهذه المعلومات. يرجى مراجعته بعناية.

ينطبق هذا الإخطار على جميع المعلومات المتعلقة بالرعاية التي نتلقاها من منظمة Henry Ford Health، بما في ذلك الجهات التابعة لها، على النحو الموضح في هذه الوثيقة.

التزامنا بالخصوصية

لقد أوكلت إلى منظمة Henry Ford Health (HFH) مسؤولية تقديم الرعاية الصحية لك ولأسرتك. ونحن نبذل قصارى جهدنا للحفاظ على ثقتك. إننا ندرك أن خصوصية معلوماتك الطبية أمر مهم بالنسبة لك. ولهذا السبب، نتعامل مع واجبنا في حماية خصوصية معلوماتك الطبية بمتنهي الجدية.

يشرح هذا الإخطار كيف نحمي خصوصيتك في أثناء تقديم الخدمات لك. وبفصل طبيعة المعلومات الطبية التي نجتمعها عنك وكيف نستخدمها ومع من نشاركها. ويوضح هذا الإخطار أيضاً حقوقك وبعض الالتزامات التي نتحملها فيما يتعلق باستخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها.

قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) لعام 1996 هو قانون فيدرالي يوفر حماية لخصوصية وأمن المعلومات الطبية التي يُطلق عليها أيضاً اسم المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI). وتوجد أيضاً قوانين ولوائح أخرى فيدرالية وتابعة لولاية ميشيغان تفرض إلزاماً بالحفاظ على خصوصية المعلومات الطبية وسريتها.

نحن مطالبون بموجب قانون HIPAA بالتأكد من حفاظنا على خصوصية المعلومات الطبية التي تحدد هويتك، وإعطائك هذا الإخطار الذي يوضح حقوقك والتزاماتنا بالحفاظ على الخصوصية وممارسات الخصوصية المتعلقة بمعلوماتك الطبية، واتباع بنود الإخطار السارية حالياً.

على من ينطبق هذا الإخطار

تشارك منظمة HFH مع فروعها والجهات التابعة لها ومقدمي الرعاية الصحية ومنظمات الرعاية الصحية الأخرى (الأعضاء) في تقديم العلاج وإدارة المدفوعات وإجراء العمليات المتعلقة بالرعاية الصحية وتتعاون مع هذه الجهات في أنشطة مختلفة تتعلق بتحسين الجودة وإدارة صحة السكان وإجراء تقييمات متعددة الأطراف وذلك ضمن إطار ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة (Organized Health Care Arrangement, OHCA). وينطبق هذا الإخطار على جميع أعضاء OHCA و/أو الفروع التابعة لكيان HFH المشمولة (المشار إليها مجتمعة في هذه الوثيقة باسم "HFH") التي تعمل بالاشتراك مع مختلف المنشآت ومقدمي الرعاية، بالإضافة إلى قسم التأمين (Insurance Division) في منظمة HFH والجهات التابعة لها، وذلك لتحقيق العديد من الأهداف التي تتضمن تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة لك وكفاءة تقديمها والمشاركة في برامج مختلفة لقياس الجودة. يرجى الانتباه إلى أن طبيبك الخصوصي قد يمتلك إخطارات وسياسات مختلفة فيما يخص استخدام معلوماتك الطبية التي يجمعها في عيادته أو مكتبه والإفصاح عنها.

يمكن أن تكون الكيانات المرتبطة بمنظمة HFH منظمات قانونية منفصلة يُسمح لها باستخدام المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) ومشاركتها فيما بينها لتحقيق الغرض المشترك المتمثل في تقديم رعاية وعلاج وخدمات عالية الجودة لك والحصول على المدفوعات مقابل تلك الخدمات وإجراء عمليات الرعاية الصحية المتعلقة بهدفنا المشترك، ما لم يكن استخدام تلك المعلومات أو الإفصاح عنها غير مسموح به بموجب القانون.

بالإضافة إلى ذلك، يجوز لمنظمة HFH أن تبرم عقوداً مع أطراف ثالثة أخرى موثوق بها (شركاء عمل) للمساعدة في تقديم العلاج أو تحصيل المدفوعات أو إجراء أنشطة إدارية متعلقة بالرعاية الصحية. وعند حدوث ذلك، يُطلب من منظمة HFH إبرام اتفاقية شراكة عمل (Business Associate Agreement, BAA) مع شريك العمل، وتُلزم هذه الاتفاقية شريك العمل بتقييد استخدامه لمعلومات PHI أو أي إفصاح لاحق لها على أن يقتصر هذا فقط على الأغراض المسموح بها بموجب القوانين الفيدرالية أو التابعة للولاية، وتلزمه أيضاً بحماية خصوصية وأمن معلومات PHI الخاصة بك في جميع الأوقات.

التغييرات في الإخطار

قد نغير الإخطار من وقت لآخر. وستنطبق التغييرات على جميع معلوماتك الطبية التي بحوزتنا وقت تطبيق التغيير وجميع المعلومات الطبية التي سنحتفظ بها عنك في المستقبل. في العموم، تدخل هذه التغييرات حيز التنفيذ عندما تُنشر في إخطار مُراجع. وتُعرض نسخة من الإخطار الحالي في منشأتنا وستكون متاحة لجميع المرضى.

استخدامنا لمعلوماتك الطبية والإفصاح عنها

في كل مرة تتلقى فيها خدمات من مستشفى أو طبيب أو مقدم رعاية صحية آخر تابع لمنظمة HFH، يتم إنشاء سجل لزيارتك. عادةً ما يحتوي هذا السجل على الأعراض التي تعانيتها والفحوصات التي خضعت لها ونتائج الاختبارات والتشخيصات وملاحظات الحالة السريرية والصور الطبية والعلاج وخطة للرعاية أو العلاج المستقبلي. وسنستخدم معلومات PHI لتزويدك بالعلاج أو الخدمات الطبية، وسنُفصح عن أي معلومات طبية ذات صلة بك للأطباء المشاركين في تقديم الرعاية الطبية لك أو العلاج والعمليات المرتبطة بها.

غالباً ما يشار إلى هذه المعلومات باسم سجلك الصحي أو السجل الطبي المخصص (Designated Medical Record)، وتُستخدم لأغراض أساسية مثل تقديم الرعاية لك ومعالجة المدفوعات لقاء تلقي الخدمات ودعم العمليات المتعلقة بعملنا. يجوز استخدام معلوماتك الطبية أو الإفصاح عنها للأهداف المذكورة في هذا الإخطار كتابياً أو شفهيّاً أو إلكترونياً أو عبر الفاكس.

لأسئلة المتعلقة بالحصول على معلومات من سجلك الطبي المخصص أو من سجل الموكل الطبي المخصص، يرجى التواصل مع قسم السجلات الطبية (Medical Record) في منظمة HFH عبر البريد الإلكتروني HFHSMedicalRecords@hfhs.org أو الهاتف 916-4540 (313). عند الرد على طلبات الوصول أو الحصول على نسخ، يجوز لمنظمة HFH رفض الطلبات المتعلقة بمعلومات لا تُعد جزءًا من السجل الطبي المخصص. لن تقدم منظمة HFH بيانات خارج نطاق هذا السجل، ولن تنشئ معلومات جديدة غير موجودة بالفعل ضمن مجموعة السجلات المخصصة.

يجب أن يتوافق استخدامنا لمعلوماتك الطبية وإفصاحنا عنها مع كل من اللوائح والقوانين الفيدرالية والتابعة لولاية ميشيغان. وهناك أيضًا لوائح وقوانين فيدرالية تابعة لولاية ميشيغان تفرض قيودًا إضافية على استخدام بعض أنواع المعلومات الطبية والإفصاح عنها، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالصحة العقلية وسوء استخدام المواد والقُصُر وحالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/الإيدز وبعض المعلومات الجينية. راجع قسم "علاج اضطراب تعاطي المواد" أدناه.

على سبيل المثال، في معظم الحالات تكون موافقتك الكتابية مطلوبة قبل أي استخدام أو إفصاح عن ملاحظات العلاج النفسي (إذا كنا نحن من سجلها أو احتفظ بها) أو الوثائق المتعلقة بأي استعمال للأدوية المستخدمة لعلاج اضطراب تعاطي المواد (مثل سوبوكسون) أو قبل إرسال معلومات تسويقية لك حول منتجات أو خدمات طرف ثالث نتلقى مقابلها مدفوعات مباشرة أو غير مباشرة أو قبل بيع معلوماتك الطبية، ما لم يسمح القانون بخلاف ذلك. ويمكنك دائمًا سحب موافقتك كتابيًا، لكن لن يُطبق هذا الإلغاء على أي استخدام أو إفصاح حدث قبل سحب موافقتك.

يسمح لنا القانون أو يلزمنا باستخدام معلومات PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها لأسباب مختلفة، نوضحها في هذا الإخطار. لقد أوردنا بعض الأمثلة، ولكننا لم ندرج جميع حالات الاستخدام أو الإفصاح المسموح بها. عند استخدام معلومات PHI أو الإفصاح عنها أو طلب معلومات PHI الخاصة بك من مصدر آخر، فإننا سنبدل جهودًا معقولة للحد من استخدامنا أو إفصاحنا أو طلبنا لمعلومات PHI الخاصة بك ليشمل ما نحتاج إليه فقط لتحقيق الغرض المقصود. إن معلومات PHI التي يسمح القانون أو يلزمنا بالإفصاح عنها قد تخضع لمشاركة إضافية من قبل الجهات المتلقية لها، ولن تكون محمية بعد ذلك بموجب القانون أو بموجب الضمانات والقيود التي كانت تحكمها في أثناء وجودها في حوزتنا. لمزيد من المعلومات حول حالات الاستخدام والإفصاح المسموح بها، راجع www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

قد نستخدم تقنيات الذكاء الاصطناعي (Artificial Intelligence, AI) للمساعدة في رعايتك ودعم العديد من عمليات الرعاية الصحية. فقد تساعد هذه الأدوات في توجيه فرقنا فيما يتعلق برعايتك والخدمات المقدمة لك، بما في ذلك دعم اتخاذ القرارات السريرية وتحديد المواعيد والمراقبة، وغيرها من الوظائف التي تدعم جودة رعايتك وسلامتها وتقديمها. قد تقدم أدوات الذكاء الاصطناعي توصيات ودعمًا بشأن رعايتك، ولكن القرارات السريرية النهائية التي تتعلق بعلاجك تظل من اختصاص مقدم رعايتك. قد تحلل أيضًا أدوات الذكاء الاصطناعي التي نستخدمها الآن وفي المستقبل معلوماتك الطبية لمساعدة فرقنا على تقديم رعاية صحية دقيقة وفعالة وفي الوقت المناسب. نستخدم هذه الأدوات وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها، وعلى نحو يمثل متطلبات الأمان والخصوصية والمتطلبات التنظيمية والقانونية الأخرى.

الاستخدامات وعمليات الإفصاح العامة التي لا تتطلب موافقة كتابية

وفقًا لما يسمح به قانون HIPAA، يجوز لنا استخدام معلوماتك الطبية أو الإفصاح عنها لأغراض عامة من دون الحصول على موافقتك الكتابية المسبقة لتنفيذ الأنشطة الموضحة أدناه:

العلاج: يجوز لنا استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها لنقدم لك الرعاية الطبية وأي خدمات ذات صلة في منشأتنا أو في منزلك. قد نشارك معلوماتك الطبية أيضًا مع الجهات الأخرى المشاركة في تقديم رعايتك، مثل المستشفيات ومنشآت رعاية المحترفين ودور الرعاية والأطباء والممرضين ومساعدي الأطباء والأطباء المقيمين وطلاب الطب والتمريض والمعالجين والفنيين ومقدمي الرعاية الروحانية وعمال التغذية والمتطوعين ومقدمي الخدمات الطارئة وخدمات النقل ومقدمي الأجهزة الطبية والصيديات وغيرها من الجهات المشاركة في رعايتك التي قد لا تكون مذكورة. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تستخدم أقسام المستشفى المختلفة معلوماتك الطبية أو تفصح عنها للمساعدة في صرف أدويةك الموصوفة بوصفة طبية وطلب الفحوصات المعملية وفحوصات الأشعة السينية إلى جانب الاحتياجات الطبية الأخرى التي قد لا تكون مدرجة.

عمليات الدفع: يجوز لنا استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها حسب الحاجة لتلقي رسوم خدمات الرعاية الطبية التي نقدمها لك أو لمساعدة جهات رعايتك الأخرى في تلقي رسوم الرعاية التي يقدمونها لك. فعلى سبيل المثال، يمكن أن نشارك معلوماتك الطبية مع شركة إعداد الفواتير أو مع خطة تأمينك الصحي للحصول على موافقة مسبقة على رعايتك أو للتأكد من أن خطتك ستغطي تكاليف رعايتك. يحق لك طلب حجب المعلومات عن شركة تأمينك أو أي طرف ثالث مسؤول عن الدفع إذا قدمت طلبًا كتابيًا حول علاج أو خدمة معينة مقدمًا، ودفعت مقابل الخدمات بالكامل قبل أن نقدم العلاج المحدد أو الخدمة المحددة لك في أي من منشأتنا.

عمليات الرعاية الصحية: يمكن أن نستخدم معلوماتك الطبية أو نفصح عنها لأنشطة ضمان الجودة التي نقوم بها وحسبما تقتضي الحاجة لإدارة منشآت الرعاية الصحية التابعة لنا. يجوز لنا أيضًا استخدام معلوماتك الطبية أو الإفصاح عنها للحصول على الخدمات القانونية وخدمات المحاسبة والتدقيق وغيرها من الخدمات، ولأغراض تنقيفية ومتعلقة بإدارة الأعمال والتخطيط. وقد نستخدم معلوماتك الطبية إلى جانب معلومات طبية لمرضى آخرين لمقارنة مجهوداتنا وتحديد المجالات التي تتطلب تحسين رعايتنا وخدماتنا. يمكن أن نفصح عن معلوماتك الطبية للشركات والأفراد الذين يقدمون خدمات لنا، شريطة موافقتهم على حماية خصوصية تلك المعلومات.

الاستخدامات وعمليات الإفصاح الأخرى التي لا تتطلب موافقة كتابية

وفقًا لما يسمح به قانون HIPAA، يجوز لنا استخدام معلوماتك الطبية أو الإفصاح عنها من دون الحصول على موافقتك الكتابية المسبقة لتنفيذ الأنشطة المذكورة أدناه:

التذكيرات بالمواعيد وحالات التواصل الأخرى: يمكن أن نستخدم معلوماتك الطبية للتواصل معك بشأن المواعيد القادمة عن طريق البريد العادي والرسائل النصية والبريد الإلكتروني والهاتف. يمكن أن نرودك أيضًا بمعلومات حول بدائل العلاج أو خدمات الرعاية الصحية الأخرى أو المزايا التي نقدمها. يمكن أن نتواصل معك عبر طرق مختلفة، وقد نستخدم أرقام

الهواتف (بما في ذلك الهواتف المحمولة) و عناوين البريد الإلكتروني الموجودة في ملفك لدينا لإجراء مكالمات هاتفية أو إرسال رسائل بريد إلكتروني أو رسائل نصية أو غيرها من المراسلات المتعلقة برعايتك، مثل إرسال تذكيرات بالمواعيد أو الفحوصات الطبية أو معلومات عن أنشطة الفحوصات الصحية القادمة أو معلومات عن الأبحاث أو للتواصل معك لطلب ملاحظتك بشأن الرعاية المقدمة لك. يمكن أن تُرسل هذه الرسائل باستخدام الاتصال الآلي و/أو الرسائل المسجلة مسبقًا. لديك الحق في اختيار عدم تلقي هذه الرسائل. في حال أرسلت إلينا رسائل بريد إلكتروني أو رسائل نصية غير مشفرة لأي غرض كان، فإنك تدرك أن القيام بذلك ينطوي على مخاطر أمنية، وأنك تقبل تلك المخاطر.

الاستبيانات: يمكن أن نستخدم نحن أو شركاء العمل معلوماتك الطبية لإرسال الاستبيانات إليك عبر البريد أو البريد الإلكتروني أو غيرها من وسائل التواصل الإلكترونية التي تُرسل وتُستقبل عبر الهاتف المحمول، مثل الرسائل النصية. وعند تلقي طلب للمشاركة في أحد الاستبيانات، سنتم مشاركة أو عرض الحد الأدنى من المعلومات وسيُدرج دائمًا خيار سحب الموافقة على تلقي الاستبيانات المستقبلية.

استخدام المعلومات المُزال منها معلومات تحديد الهوية: يمكن أن نقوم باستخدام المعلومات المُزال منها معلومات تحديد الهوية، أي التي لا تتضمن اسمك أو عنوانك أو أي تفاصيل فردية أخرى يمكن أن تحدد هويتك بشكل مباشر، والإفصاح عنها وفقًا للقانون الفيدرالي. يمكن استخدام البيانات المُزال منها معلومات تحديد الهوية لأغراض مثل البحث وتحسين الجودة والتحليلات وتدريب أنظمة الكمبيوتر (بما في ذلك أدوات الذكاء الاصطناعي وأدوات تعلم الآلي) والأنشطة الإدارية. بمجرد أن تزال معلومات تحديد الهوية من معلوماتك، لا تُعد هذه المعلومات معلومات PHI بموجب قانون HIPAA ولا تخضع لنفس تدابير حماية الخصوصية.

طرق التواصل في الموقع: عند وجودك في منشأتنا، يمكن أن ننادي على اسمك عندما يكون الطبيب أو مقدم الخدمات جاهزًا لرؤيتك. قد نضطر إلى مناداتك عن طريق نظام الاستدعاء العام، أو قد نطلب منك كتابة اسمك على ورقة تسجيل الحضور. وفي هذه الحالات، سنتخذ إجراءات معقولة لحماية خصوصيتك.

لقاءات لم شمل المرضى: يمكن أن نعقد لقاءات لم الشمل لمجموعات مختلفة من المرضى للاحتفاء بتقدمهم العلاجي، فإذا كنت جزءًا من إحدى هذه المجموعات حاليًا أو في الماضي، يجوز لنا استخدام معلوماتك الطبية لدعوتك.

البدايل العلاجية ومخصصات الرعاية الصحية وجمع التبرعات والتسويق: يمكن أن نستخدم معلوماتك الطبية ونفصح عنها للتواصل معك بشأن بدائل العلاج، أو المزايا أو المنتجات أو الخدمات المرتبطة بالصحة، أو لتقديم هدايا ذات قيمة رمزية لك أو لأسرتك. ويمكن أن نتواصل معك أيضًا بخصوص جمع التبرعات لمنظمة Henry Ford Health أو لأي من فروعها أو الجهات التابعة لها.

الصور أو مقاطع الفيديو: يمكن أن يتم التقاط صور و/أو مقاطع فيديو في أثناء العلاج أو الإجراءات أو لأغراض أمنية. يمكن أن تُستخدم هذه الصور لأغراض العلاج أو عمليات الرعاية الصحية.

الأبحاث: في ظل ظروف معينة، يجوز لنا استخدام معلوماتك الطبية أو الإفصاح عنها لأغراض بحثية. ومع ذلك، تخضع جميع المشروعات البحثية لمراقبة دقيقة من قِبل مجلس المراجعة الداخلية (Internal Review Board, IRB) الذي تتمثل مهمته في حماية الأشخاص (المرضى) المشاركين في مشروع بحثي، بما في ذلك خصوصية وأمن معلوماتهم الطبية. يلزم التصديق على كل مشروع بحثي من خلال عملية موافقة خاصة من مجلس IRB قبل الإفصاح عن أي معلومات طبية للباحثين. ويجب على الباحثين بعد ذلك الحصول على تصريح كتابي منك قبل استخدام معلوماتك الطبية أو الإفصاح عنها في أبحاثهم، باستثناء حالات محدودة للغاية.

يجب على الباحثين أيضًا التأكد من الحفاظ على خصوصية وأمان معلوماتك الطبية. في ظروف محدودة، قد يُسمح أيضًا للباحثين بالوصول إلى معلوماتك الصحية إذا كانت المعلومات مقتصرة فقط على المعلومات الطبية اللازمة للوصول إليها استعدادًا لإجراء البحث (على سبيل المثال، الاطلاع على السجلات الطبية للمرضى المصابين بحالة طبية محددة من أجل إجراء أبحاث تهدف للعثور على علاج)، ويجب أن تكون المعلومات المُطلَّع عليها ذات صلة بالبحث وألا تخرج أي من المعلومات الطبية المستخدمة في إعداد البحث من المؤسسة.

لتجنب تهديد خطير للصحة والسلامة: يمكن أن نستخدم معلوماتك الطبية ونفصح عنها عندما يكون ذلك ضروريًا لمنع تهديد خطير لصحتك وسلامتك أو صحة وسلامة شخص آخر. **التقارير والأنشطة الصحية العامة/المجتمعية:** يمكن أن نستخدم معلوماتك الطبية ونفصح عنها لوكالات الصحة العامة الفيدرالية أو التابعة للولاية أو المحلية فيما يتعلق بمكافحة الأمراض وحالات الإساءة أو الإهمال والإحصاءات الصحية والحيوية.

الرقابة الإدارية: يجوز لنا استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها فيما يتعلق بأنشطة مثل الاعتمادات أو عمليات التدقيق أو التحقيقات أو الترخيص أو تحديد سبب الوفاة. **جهات إنفاذ القانون والولايات القانونية:** يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الطبية إلى مسؤولي إنفاذ القانون على النحو المسموح به قانونًا، وذلك لأغراض مثل الامتثال لأوامر التفتيش أو مذكرات الاستدعاء أو أوامر الاستدعاء الصادرة عن مسؤول قضائي أو غيرها من الطلبات الإدارية أو طلبات التحقيق التي يصرح بها القانون.. ونفصح عن المعلومات الطبية في سياق أي إجراء قضائي أو إداري، ولكننا نعمل ذلك فقط عند تلقي أمر من المحكمة أو مجلس القضاء الإداري.

أنشطة الأمن الوطني والاستخبارات: يمكن أن نفصح عن معلوماتك الطبية لمسؤولين فيدراليين مصرح لهم لأغراض الاستخبارات ومكافحة التجسس وغيرها من أنشطة الأمن القومي وفقًا لما يصرح به القانون.

خدمات حماية رئيس الولايات المتحدة وغيره: يمكن أن نفصح عن معلوماتك الطبية لمسؤولين فيدراليين مصرح لهم لتمكينهم من توفير الحماية للرئيس أو الأشخاص الآخرين المصرح لهم أو قادة الدول الأجنبية أو لإجراء تحقيقات خاصة.

تعييزات العمال أو أنشطة إعادة التأهيل الأخرى: يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الطبية كما هو مطلوب بموجب القانون أو شركات التأمين لتزويدك بالمخصصات ذات الصلة بالأمراض أو الإصابات المرتبطة بالعمل أو الإصابات التي تلحق بالضحايا. تقارير التبرع بالأعضاء والأنسجة وزرعها: يجوز لنا استخدام معلوماتك الطبية والكشف عنها كما يقتضي القانون حسب الضرورة عند الحاجة إلى تسهيل إجراءات عمليات التبرع بالأعضاء والأنسجة والزرع.

المحققون في أسباب الوفاة والفاحصون الطبيون ومديرو دور الجنازات: يمكن أن تكشف عن معلومات طبية إلى محقق في أسباب الوفاة أو فاحص طبي أو مدير دور جنازة.

السجناء: يمكن أن تكشف عن معلوماتك الطبية إلى مؤسسة إصلاحية أو مسؤول إنفاذ القانون إذا كنت سجينًا في مؤسسة إصلاحية أو تحت إشراف مسؤول إنفاذ قانون.

حالات استخدام المعلومات والإفصاح عنها التي يحق لك الاعتراض عليها

وفقاً لما يسمح به قانون HIPAA، يحق لك الاعتراض على الاستخدامات التالية لمعلوماتك الطبية أو عمليات الإفصاح عنها:

دليل المرضى: سندرج معلومات محدودة معينة عنك في دليل المرضى خلال فترة علاجك بأي من مستشفياتنا، إلا إذا اعترضت وأبلغتنا بعدم فعل ذلك. قد تتضمن هذه المعلومات اسمك وموقعك بالمستشفى وحالتك العامة بالإضافة إلى انتمائك الديني، وقد يتم أيضاً الكشف عنها إلى الأشخاص الذين يسألون عنك بالاسم.

الأفراد المشاركون في رعايتك أو دفع تكاليف رعايتك: يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الطبية إلى صديق أو فرد من الأسرة يشارك في رعايتك الطبية أو يتحمل مسؤولية دفع تكاليف رعايتك، إلا إذا اعترضت وأبلغتنا بعدم فعل ذلك. وفي ظروف خاصة، إذا كنت مريضاً داخلياً أو كنت في قسم الطوارئ (Emergency Department)، فيمكن أن نشارك معلومات محدودة مع أسرته أو أصدقائك حول حالتك وموقعك. على سبيل المثال، إذا كنت غير قادر على التواصل بوضوح، فيمكن أن نشارك معلوماتك الطبية مع أفراد أسرته أو أصدقائك للمساعدة في تقديم رعاية عالية الجودة في أثناء فترة إقامتك. بالإضافة إلى ذلك، قد نصح عن معلوماتك لمنظمة مثل الصليب الأحمر (Red Cross)، أو الوكالة الفيدرالية لإدارة الطوارئ (Federal Emergency Management Agency, FEMA) التي تساعد في جهود الإغاثة في حالات الكوارث؛ لكي يتم أسرته بحالتك ووضعك ومكانك.

تقديم تفاصيل عن الحالة إلى وسائل الإعلام: يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الطبية لإطلاع وسائل الإعلام على تحديثات بخصوص حالتك إذا طلبت وسائل الإعلام معلومات عنك باستخدام اسمك الكامل، إلا إذا اعترضت وأبلغتنا بعدم فعل ذلك. يجوز الإفصاح عن المعلومات التالية: حالتك الصحية موصوفة بعبارات عامة مثل جيدة أو مستقرة أو خطيرة أو حرجية. يحق لك أن تطلب عدم الإفصاح عن هذه المعلومات.

الرعاية الروحية: في إطار حرصنا على تقديم رعاية شاملة لمرضانا، فقد نصح عن معلوماتك الطبية لرجال الدين أو غيرهم من مقدمي الرعاية الروحية ما لم تُبدِ اعتراضك وتبلغنا بعدم القيام بذلك.

معلومات علاج اضطراب تعاطي المواد

توفر منظمة HFH خدمات من خلال برامج علاج اضطرابات تعاطي المواد (Substance Use Disorder Treatment Programs) التي يغطيها الجزء الثاني من المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (Code of Federal Regulations, CFR) (وهو ما يُعرف ببرنامج "الجزء 2"). إذا تلقيت خدمات من واحد أو أكثر من برامج HFH هذه، فسيُطلب منك توقيع نموذج موافقة عام لبرنامج الجزء 2.

الإفصاح عن سجلات الجزء 2. لن نشارك سجلات الجزء 2 الخاصة بك ما لم نحصل على تصريح موقع منك. سيُطلب منك منح تصريح بالإفصاح لأغراض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية مرة واحدة في بداية علاجك في إحدى عيادات الجزء 2 المذكورة.

عمليات الإفصاح الإضافية عن سجلات الجزء 2. إذا تلقت HFH سجلات الجزء 2 الخاصة بك من عيادة أخرى، يمكن أن نعيد الإفصاح عنها دون موافقتك، بالقدر الذي تسمح به لوائح قانون HIPAA لمثل عملية الإفصاح هذه.

الإفصاح عن سجلات الجزء 2 للمسائل المدنية والجنائية. لن نستخدم أو نصح بأي حال من الأحوال عن سجل برنامج الجزء 2 الخاص بك أو عن شهادة تصف المعلومات الواردة في هذا السجل في أي إجراءات مدنية أو جنائية أو إدارية أو تشريعية تجريها أي جهة فيدرالية أو محلية أو تابعة للولاية ضدك، إلا إذا كان ذلك بموجب موافقتك أو بأمر من المحكمة بعد إخطارك بهذا الأمر القضائي. ويجب أن يكون أمر المحكمة الذي يجيز الاستخدام أو الإفصاح مصحوباً بمذكرة استدعاء أو أمر قانوني مماثل يلزم بالإفصاح قبل استخدام السجل أو الإفصاح عنه.

إلغاء الموافقة على عمليات إفصاح الجزء 2. لديك الحق في إلغاء موافقتك في أي وقت، باستثناء الحالات التي تكون فيها HFH قد تصرفت اعتماداً على تلك الموافقة. يمكنك إلغاء موافقتك ومشاركتك كتابةً عبر البريد الإلكتروني: privacysecurity@hfhs.org أو رقم الهاتف: 874-9561 (313).

إذا كنت قد ألزمت بالخضوع إلى العلاج بموجب نظام القانون الجنائي (بما في ذلك محكمة المخدرات أو المراقبة القضائية أو الإفراج المشروط)، ووقعت على نموذج موافقة يتيح الإفصاح لعناصر من نظام القانون الجنائي مثل المحكمة أو ضباط المراقبة القضائية أو ضباط الإفراج المشروط أو المدعين العامين أو جهات إنفاذ القانون الأخرى، فقد تصبح إمكانية سحب موافقتك أكثر صعوبة ويجب شرح ذلك بوضوح في النموذج الذي توقعه.

حقوقك المتعلقة بسجلات الجزء 2. تنطبق حقوق المرضى الإضافية المبينة في هذا الإخطار على جميع المعلومات الطبية، بما في ذلك سجلات الجزء 2.

جمع التبرعات. يحق لك طلب الانسحاب من أنشطة جمع التبرعات المحددة المتعلقة بعيادات علاج اضطراب تعاطي المواد في منظمة HFH.

السجل الطبي المشارك/نظام تبادل المعلومات الصحية (HIE)

كجزء من عمليات أعمالنا، نحفظ تلقائياً معلوماتك الطبية في نظام سجلات طبية إلكتروني مشترك أو على مستوى المجتمع يتيح لمنشآت HFH ومقدمي الخدمات وطبيب الرعاية الأولية المسؤول عنك (إذا كان يشارك في أحد أنظمة HIE) القدرة على تلقي نسخ من جميع سجلات العلاج وسجلات الطوارئ ونتائج الاختبارات المعملية وفحوصات الأشعة وغيرها من الاختبارات، حتى لو لم يكن هذا الطبيب هو من طلب الاختبار أو العلاج. يمكننا أيضاً المشاركة في أنظمة HIE الإلكترونية المختلفة التي تساعد مقدمي رعايتك الصحية الآخرين في الوصول إلى معلوماتك الطبية عند الحاجة. ستكون معلوماتك الطبية متاحة لأنظمة HIE الأخرى مثل Care Everywhere® و TECA™ أو مقدمي الخدمات الآخرين الذين يستخدمون برنامج EPIC لإنشاء أنظمة سجلاتهم الصحية الإلكترونية وإدارتها، إلا إذا اعترضت وأبلغتنا بعدم فعل ذلك. على سبيل المثال، إذا تسببت حالة طارئة في إدخالك إلى مستشفى أو منشأة غير تابعة إلى منظمة HFH ولكنها تشارك في نفس نظام السجل الطبي المشارك ضمن HIE الذي تستخدمه HFH، فستكون معلوماتك الطبية متاحة إلكترونياً

لمن يحتاجون إليها لعلاجك. إذا كنت ترغب في سحب الموافقة على إدراج معلوماتك الطبية في أنظمة HIE، يحق لك طلب ذلك كتابيًا. وفي حال رغبت في إعادة الاشتراك بعد اختيار سحب الموافقة، يمكنك طلب ذلك كتابيًا أيضًا.

حقك في سحب موافقتك على بعض الأنشطة

خيارات سحب الموافقة: يجوز لنا استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها ضمن نظام HIE، عند جمع التبرعات أو إجراء الحملات التسويقية أو إرسال الاستبيانات على النحو الموضح في الأقسام الواردة أعلاه. لدى منظمة HFH نموذج محدد يجب إكماله. وبالنسبة لجمع التبرعات، قد تشارك منظمة HFH أو أعضاء OHCA التابعين لنا في تلك الأنشطة، ونحن نطلب مساعدتك في دعم الجهود التي نبذلها وأن تكون واثقًا في الوقت ذاته من أننا نحمي معلوماتك الطبية. إذا كنت ترغب في سحب موافقتك على أي من تلك الأنشطة، يحق لك طلب ذلك كتابيًا. وفي حال رغبت في إعادة الاشتراك بعد اختيار سحب الموافقة، يمكنك طلب ذلك كتابيًا أيضًا.

حقوقك الفردية ذات الصلة بمعلوماتك الطبية

عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية، فإن لديك حقوقًا معينة. يوضح هذا القسم حقوقك وبعض مسؤولياتنا لمساعدتك:

الوصول إلى المعلومات والحصول على نسخ منها: يحق لك مراجعة المعلومات الطبية التي نحفظ بها عنك أو عن أي شخص آخر يُصرّح لك قانونًا بالحصول على معلومات طبية عنه أو فحص تلك المعلومات أو الحصول على نسخ منها. تتطلب منظمة HFH إكمال نموذج محدد لذلك. ويرجى العلم بأننا قد نفرض عليك دفع رسوم مالية نظير التكاليف التي نتحملها فيما يتعلق بطلبك. وقد نرفض طلبك في ظروف محدودة. على سبيل المثال، قد يُرفض طلبك إذا قرر اختصاصي رعاية صحية مُرخّص، بحسب أفضل تقديراته المهنية، أن حصولك على المعلومات المطلوبة يحتمل بصورة معقولة أن يسبب ضررًا لك أو لشخص آخر، أو يحتمل بصورة معقولة أن يعرض الفرد أو شخص آخر لخطر يهدد الحياة أو السلامة البدنية. وإذا رُفض طلبك، يجوز لك طلب مراجعة قرار الرفض. وسيراجع الطلب وقرار الرفض اختصاصي رعاية صحية مُرخّص تختاره منظمة HFH. تحتفظ بعض المنشآت التابعة لمنظمة HFH بالسجلات لمدة 10 سنوات، وفي بعض الحالات قد لا يكون من الممكن الوصول إلى معلوماتك الطبية بسبب سياسة الاحتفاظ الخاصة بنا.

قائمة عمليات الإفصاح عن المعلومات: يحق لك الحصول على قائمة تضم عمليات الإفصاح عن معلوماتك الطبية، باستثناء عمليات الإفصاح المتعلقة بالعلاج أو المدفوعات أو عمليات الرعاية الصحية التي لا تتطلب موافقتك. ويحق لك تقديم طلب كتابي خلال فترة زمنية تصل إلى ست سنوات من تاريخ الإفصاح عن المعلومات. تتطلب منظمة HFH إكمال نموذج محدد لذلك. وسيكون طلبك الأول خلال 12 شهرًا مجانيًا. وبعدها قد نفرض عليك رسومًا مقابل الطلبات الإضافية.

التعديلات: يحق لك تقديم طلب كتابي تطلب فيه تعديل معلوماتك الطبية. تتطلب منظمة HFH إكمال نموذج محدد لذلك. إذا كنت تعتقد أن المعلومات الواردة في سجلك الطبي غير صحيحة أو أن هنالك معلومات مفقودة. وقد نرفض طلبك إذا لم يُقدّم كتابيًا أو كان لا يتضمن سببًا يدعم الطلب. إضافة إلى ذلك، قد يُرفض طلبك إذا كانت المعلومات المتوفرة لدينا كاملة ودقيقة أو إذا لم تكن نحن من استحدثنا المعلومات الطبية أو لم تكن المعلومات جزءًا من المعلومات الطبية التي نحفظ بها أو يتم الاحتفاظ بها من أجلنا أو لم تكن جزءًا من المعلومات المسموح لك بفحصها وأخذ نسخ منها في ظروف معينة. ولا يمكننا حذف المعلومات الموجودة في السجل أو تغييرها. إذا قُبل طلبك، فسنضيف المعلومات التكميلية في صورة ملحق إلى السجل.

القيود: يحق لك تقديم طلب كتابي تطلب فيه وضع قيود على كيفية استخدامنا لمعلوماتك الطبية أو إفصاحنا عنها. تتطلب منظمة HFH إكمال نموذج محدد لذلك. وسنرسل لك ردًا مكتوبًا يُبلغك فيه بمدى قدرتنا على تنفيذ طلبك. على سبيل المثال، إذا دفعت الرسوم الكاملة لخدمة معينة من مالِك الخاص قبل أن تحصل على الخدمة وطلبت منا عدم الإفصاح لشركة تأمينك عن معلومات تتعلق بتلك الخدمة، فسوف نلبي طلبك.

السرية: يحق لك طلب تلقي معلوماتك الطبية بطريقة سرية، كأن تستلمها في مكان عملك بدلًا من إرسالها إلى منزلك. وإذا طلبت منا أن نرسل إليك معلوماتك الطبية عبر البريد الإلكتروني، فسنفعل ذلك بشكل آمن ما لم تأذن أنت أو من ينوب عنك قانونًا بخلاف ذلك.

الحصول على نسخ من إخطارنا: يحق لك الحصول على نسخة من إخطارنا الحالي. وإذا أرسل إليك هذا الإخطار إلكترونيًا، يمكنك طلب الحصول على نسخة ورقية منه في أي وقت.

إشعار انتهاك الخصوصية: يحق لك الحصول على إخطار كتابي عند حدوث أي خرق للخصوصية أو الأمان يتعلق بمعلوماتك الطبية.

ممارسة حقوقك وسحب موافقتك

لممارسة أي من الحقوق المذكورة أعلاه أو لسحب موافقتك على نوع محدد من عمليات استخدام المعلومات أو الإفصاح عنها أو الاعتراض عليه، يرجى إرسال طلب كتابي إلى مكتب خصوصية وأمن المعلومات (Information Privacy & Security Office) لدينا. وللمساعدة في التقدم بطلب، يمكنك تنزيل أو الحصول على النموذج (النماذج) المناسب المشار إليه أعلاه عن طريق:

- زيارة الرابط: henryford.com/visitors/privacy
- أو إذا لم تستطع الوصول إلى جهاز كمبيوتر، فاتصل بمكتبنا على الرقم 874-9561 (313) واطلب إرسال النموذج الصحيح إليك عبر البريد. يمكن تقديم النماذج المكتملة عبر:

– البريد: Information Privacy & Security Office, One Ford Place, Detroit, MI 48202

– البريد الإلكتروني: privacysecurity@hfhs.org

– الفاكس: 874-9449 (313)

الشكاوى

إذا كانت لديك أي أسئلة حيال هذا الإخطار أو لديك أسئلة أو شكاوى بخصوص التعامل مع معلوماتك الطبية، يمكنك التواصل مع مكتب خصوصية وأمن المعلومات (Information Privacy & Security Office) كتابيًا باستخدام المعلومات الواردة أدناه. يمكنك أيضًا إرسال شكاوى مكتوبة إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة الأمريكية (United States Department of Health and Human Services). ولن تُعاقب تحت أي ظرف لتقديم شكاوى.

Henry Ford Health Information Privacy & Security Office
One Ford Place, Detroit, Michigan 48202
(888) 434-3044
henryfordhealth.ethicspoint.com

جهات التواصل

إذا كانت لديك أسئلة تتعلق بترتيبات الرعاية الصحية المنظمة أو المعلومات الموضحة في هذا الإخطار، يرجى التواصل مع مكتب خصوصية وأمن المعلومات عبر البريد الإلكتروني privacysecurity@hfhs.org أو بالاتصال على الرقم 874-9561 (313).