

أوهايو هيلث (OhioHealth) إخطار ممارسات الخصوصية المشتركة

هذا الإخطار يصف كيفية استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك، والكشف عنها، وكيف يمكنك الدخول إلى هذه المعلومات. يرجى مراجعتها بعناية.

OhioHealth نظام صحي يتضمن المستشفيات، والعيادات، ومراكز الصحة المجتمعية، والرعاية الصحية المنزلية والعديد من المتخصصين في مجال الرعاية الصحية. يسري إخطار ممارسات الخصوصية المشتركة (الإخطار) على OhioHealth، والعاملين في المجال الطبي التابعين له، ومقدمي الخدمات المجتمعيين المشتركين المشاركين في ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة. ويسري فقط على الخدمات المقدمة في إطار دورنا باعتبارنا أحد مقدمي خدمات الرعاية الصحية، ولا يسري على الوظائف غير المتعلقة بالرعاية الصحية، مثل بعض الخدمات المتعلقة باللياقة البدنية، والصحة العامة، وأسلوب الحياة، والتعليم، وأصحاب العمل، وتدريب الرياضيين، والخدمات الخارجية.

يعمل مقدمو الرعاية الصحية التابعون لنا معًا لتقديم الرعاية ذات الجودة العالية لمرضانا. وفق ما يسمح به القانون، يمكن مشاركة المعلومات الصحية المحمية إذا كان هناك ضرورة لإجراء العلاج، والدفع وللسير في عمليات الرعاية الصحية. الغرض من هذا الإخطار هو إخبارك بالطريقة التي نقوم من خلالها بمشاركة المعلومات الخاصة بك وكيف يمكنك التعرف على المزيد عن ممارسات مشاركة المعلومات الخاصة بنا.

يجوز لك تسلم هذا الإخطار مقدماً قبل زيارة المستشفى، أو يجوز لك استلامه في موقع زيارتك عند الوصول. في نموذج الموافقة على العلاج الخاص بهذه الزيارة، سوف يطلب منك الإقرار باستلام إخطار ممارسات الخصوصية المشتركة.

I. نحن ملتزمون قانونًا بحماية المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك.

حيث ينص القانون على الحفاظ على خصوصية المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك وعلى تقديم إخطار لك بالتزاماتنا القانونية وسياسات الخصوصية. والواجب علينا إخطارك في حالة انتهاك معلوماتك الصحية المحمية على الرغم من كونه أمرًا مستبعدًا. ونحن مطالبون بالالتزام بالشروط الواردة في هذا الإخطار ما دامت سارية. نحن نحفظ بالحق في تغيير شروط هذا الإخطار حسب ما يلزم وعلى جعل الإخطار الجديد ساريًا على كافة المعلومات الصحية المحمية التي نحفظ بها. يجوز لك استلام نسخة من الإخطار المراجع في إدارة التسجيل في هذا المرفق أو يمكن الحصول على نسخة عن طريق الاتصال بالموظف المسؤول عن الخصوصية لدى أوهايو هيلث. راجع معلومات الاتصال في القسم السابع من هذا الإشعار.

II. قد نستخدم المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك أو نكشف عنها (ننشرها).

- 1. تفويضك.** فيما عدا ما ينص عليه في هذا الإخطار، لن نقوم باستخدام و/أو الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك لأي غرض ما لم توقع على النموذج الذي يفوضنا باستخدام هذه المعلومات والكشف عنها أو أي منهما. تتمتع بالحق في إلغاء هذا التفويض كتابيًا ما لم نتخذ أي إجراء بناء على ذلك التفويض. توجد استخدامات وأوجه كشف معينة للمعلومات الصحية المحمية الخاصة بك، والتي سنحصل منك دومًا على تفويض مسبق للقيام بها، وتتضمن ما يلي:
 - **الاتصالات التسويقية.** لأغراض هذا المستند، لا تتضمن الاتصالات التسويقية ما يلي: إذا أجريت الاتصالات اتصالات التسويق معك بصورة شخصية على نحو مباشر، أو كانت فقط في صورة هدايا ترويجية ذات قيمة رمزية، أو عبارة عن تذكير بإعادة التزود بالوصفة الطبية، أو معلومات عن الصحة العامة أو العافية، أو اتصال حول المنتجات أو الخدمات المتعلقة بالصحة التي نقدمها أو التي ترتبط ارتباطًا مباشرًا بعلاجك.
 - **معظم مبيعات معلوماتك الصحية المحمية.** سنحصل على إذن منك لبيع معلوماتك الصحية المحمية، ما لم يتم استخدامها لأغراض العلاج أو الدفع أو وفقًا لما يقتضيه القانون.
 - **معظم استخدامات ملاحظات العلاج النفسي والكشف عنها.** سنحصل على إذن منك لمعظم استخدامات ملاحظات العلاج النفسي الخاصة بك والكشف عنها، ما لم يكن ذلك مسموحًا به أو مطلوبًا بموجب القانون.

2. العلاج. قد نستخدم المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك أو نكشف عنها إذا كان هناك ضرورة من أجل علاجك. على سبيل المثال:

- سوف يقوم الأطباء والمرضى وغيرهم من المتخصصين المشاركين في رعايتك باستخدام المعلومات الموجودة في سجلك الطبي والمعلومات التي تقدمها عن الأعراض ورد الفعل للتخطيط لطريقة العلاج لك والتي قد تتضمن الإجراءات والأدوية، والفحوصات، إلخ.
- يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك إلى مرفق آخر متخصص في الرعاية الصحية أو أخصائي آخر غير تابع لنا ولكنه مستعد لتقديم العلاج لك. على سبيل المثال، إذا ما حدث بعد مغادرتك المستشفى أن احتجت للحصول على الرعاية الصحية في المنزل، يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك إلى وكالة الرعاية الصحية في المنزل، بحيث يمكن إعداد خطة رعاية لك.
- في حالة علاجك بسبب إصابة في الركبة، يجوز لنا مشاركة المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك مع العاملين في العلاج الطبيعي بحيث يمكنهم المساعدة في التخطيط لنشاطك.

3. ترتيبات السداد مقابل العلاج. يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك والكشف عنها حسب ما يلزم لأغراض السداد للمتخصصين في مجال الرعاية الصحية ولمرافق الرعاية الصحية التي عالجتك أو قدمت خدماتها لك. على سبيل المثال، يجوز لنا إعادة توجيه المعلومات الخاصة بالإجراءات والعلاجات الطبية إلى شركة التأمين التي تتبعها كي تقوم بعمل ترتيبات المدفوعات مقابل الخدمات المقدمة لك، أو يجوز لنا استخدام المعلومات الخاصة بك لإعداد الفاتورة لكي نرسلها لك أو للشخص المسؤول عن السداد نيابة عنك.

4. عمليات الرعاية الصحية. يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك حسب ما يلزم، ووفق ما يسمح به القانون، لأغراض عمليات الرعاية الصحية الخاصة بنا والتي تتضمن التعزيز الإكلينيكي، ومراجعة الأقران من المتخصصين، وإدارة الأعمال، والتوثيق والترخيص، إلخ. على سبيل المثال:

- يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك والكشف عنها لأغراض تعزيز العلاج الإكلينيكي والرعاية المقدمة لمرضاينا.
- يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك والكشف عنها ما بين مرافق الرعاية الصحية التابعة لنا وأعضاء ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة لأغراض عمليات الرعاية الصحية الخاصة بنا، وتلك الخاصة بترتيبات الرعاية الصحية المنظمة.
- يجوز لنا كذلك الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك إلى مرفق آخر متخصص في الرعاية الصحية، والمتخصصين الآخرين في الرعاية الصحية، أو الخطة الصحية لأغراض تتعلق بالتحقق من الجودة وإدارة الحالة، وذلك فقط إذا كان للمرفق، أو المتخصص أو الخطط علاقة معك باعتبارك من مرضاهم.

5. الأبحاث. في حالات محدودة، يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والكشف عنها لأغراض بحثية. على سبيل المثال:

- قد ترغب إحدى المنظمات البحثية في مقارنة نتائج كافة المرضى الذي تلقوا عقارا معيناً وسوف تحتاج إلى مراجعة مجموعة من السجلات الطبية.
- في جميع الحالات، في حالة الحصول على موافقة أو تفويض خاص منك، سوف تكون خصوصيتك محمية بمتطلبات السرية الصارمة التي يطبقها مجلس المراجعة المؤسسية أو مجلس الخصوصية المشرف على الأبحاث أو التي يطبقها ممثلو الباحثين التي تحد من استخدام المعلومات الصحية المحمية والكشف عنها.

6. المواعيد والخدمات. يجوز لنا الاتصال للتذكير بالمواعيد أو لإبلاغك بنتائج الاختبارات أو لأي خدمات أخرى. تتمتع ببعض الحقوق فيما يتعلق بهذه الاتصالات، وفق ما يرد شرحه في القسم الخامس.

7. شركاء الأعمال. توجد بعض مكونات خدماتنا التي يؤديها الأشخاص الخارجيون أو المؤسسات الخارجية التي نتعاقد معها، مثل المراجعة، والتوثيق، والخدمات القانونية، إلخ. وفي بعض الأوقات قد يكون من اللازم تقديم المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك إلى واحد أو أكثر من أولئك الأشخاص أو المؤسسات الخارجية التي تساعدنا. في جميع الأحوال، نطلب من شركائنا في الأعمال تأمين خصوصية المعلومات الخاصة بك.

8. الاستخدامات وأوجه الكشف الأخرى. يُسمح لنا أو ينص القانون على بعض الاستخدامات أو أوجه الكشف الأخرى عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك من دون الحصول على موافقة أو تفويض منك.

- حيث أنه يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك لأي غرض ينص عليه القانون.
- يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك لأغراض الأنشطة الصحية العامة، مثل إعداد التقارير المطلوبة عن الأمراض، أو الإصابات، أو المواليد والوفيات، ولإجراء التحقيقات المطلوبة للصحة العامة.
- يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك وفق ما ينص عليه القانون في حالة التشكك في الاعتداء على الأطفال أو إهمالهم أو حسب ما ينص عليه القانون إذا ما رأينا أنك ضحية الاعتداء على الأطفال، أو الإهمال، أو ضحية العنف في المنزل.
- يجوز لنا الكشف عن تقارير التطعيمات إلى مدرسة الطفل إذا ما وافق أولياء الأمور أو الأوصياء (أو الطالب إذا لم يكن قاصرًا) شفهيًا أو كتابيًا على ذلك.
- يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك إلى منظمة الغذاء والدواء إذا لزم الأمر للإبلاغ عن الحالات السلبية، أو عيوب المنتجات، أو للمشاركة في استرجاع المنتجات.
- يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك إلى صاحب العمل الذي تعمل لديه عند تقديم الرعاية الصحية لك بناء على طلب صاحب العمل لتحديد الإصابات أو الأمراض المتعلقة بمقر العمل، وفي معظم الحالات، سوف تتلقى إخطار بأنه تم الكشف عن هذه المعلومات لصاحب العمل.
- يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك إذا ما نص القانون على ذلك، إلى الوكالة الحكومية الإشرافية التي تقوم على المراجعات أو التحقيقات أو الإجراءات المدنية أو الجنائية.
- يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك إذا ما طُلب منا ذلك بموجب مذكرات الاستدعاء أو طلب الكشف، وفي بعض الحالات، سوف تتلقى إخطار بذلك الكشف.
- يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك إلى مسؤولي تطبيق القانون وفق ما ينص عليه القانون للإبلاغ عن الجروح والإصابات والجرائم.
- يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك إلى مسؤولي الطب الشرعي و/أو مدراء الجنازات بما يتوافق مع القانون.
- يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك إذا لزم الأمر لاتخاذ الترتيبات اللازمة للتبرع بالأعضاء أو الأنسجة من جانبك أو لترتيب عملية زراعة أعضاء لك.
- يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك لأغراض بحثية معينة عند اعتماد هذه الأبحاث من قبل مجلس المراجعة المؤسسية بقواعد معينة لضمان السرية.
- يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك في حالات محدودة إذا ما تشككنا في وجود تهديدات خطيرة للصحة أو السلامة.
- يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك إذا ما كنت عضوًا في الجيش وفق ما تنص عليه خدمات القوات المسلحة وإذا ما لزم الأمر لأغراض أنشطة الأمن القومي أو الاستخبارات.
- يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك إلى وكالات تعويض العاملين إذا ما لزم الأمر لاتخاذ القرار فيما يتعلق بالمزايا التعويضية المتاحة للعاملين.

III. ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة.

تشارك OhioHealth في واحد أو أكثر من ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة (OHCA) مع مقدمي الخدمات المجتمعية الأخرى، مثل المستشفيات، وعيادات الأطباء، ممن يستخدمون نظام إبيك (Epic) للتقارير الصحية الإلكترونية. بالمشاركة في واحد أو أكثر من ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة، يجوز لنا تلقي المعلومات عنك إلكترونياً من مقدمي الخدمات الآخرين المشاركين في ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة، ويجوز لنا تقديم المعلومات لمقدمي الخدمات الآخرين المشاركين. نقوم نحن ومقدمو خدمات الرعاية الصحية المشاركين باستخدام معلوماتك لعلاجك، ولتنسيق رعايتك، وللحصول على مدفوعات لرعايتك ولأغراض عمليات الرعاية الصحية الأخرى (مثل تقييم وتعزيز جودة الرعاية الخاصة بمقدمي الخدمات المشاركين في ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة).

مقدمو الخدمات المشاركون في ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة هم مؤسسات مستقلة، ولا يسمح بأن يكون أي من مقدمي الخدمات المشاركين من العاملين أو الوكلاء أو الشركاء أو الشركات المشتركة التابعة لأي من مقدمي الخدمات المشاركين (إلا في حالات محدودة عند إبرام مقدم الخدمات المشارك لعقد منفصل مع مقدم خدمات مشارك آخر). اتخذ كل من مقدمي الخدمات، منفصلاً، الخطوات اللازمة للمشاركة في ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة ويقوم بمشاركة المعلومات لأغراض العلاج أو لأي من الأغراض الأخرى التي يسمح بها القانون.

لديك فرصة الاعتراض ("الانسحاب من") الاستخدامات وأوجه الكشف التالية:

1. **دليل المرفق الخاص بنا.** لدينا دليل خاص بمرفقنا ينص على اسمك، وموقعك، أو رقم الغرفة، والحالة العامة، وإذا ما رغبت، ينص على انتماءاتك الدينية. ما لم تختار استثناء هذه المعلومات الخاصة بك من ذلك الدليل، سيتم الكشف عن المعلومات، باستثناء انتماءاتك الدينية، إلى أي شخص يطلبها يسأل عليك بالاسم. كما يجوز تقديم هذه المعلومات، بما في ذلك انتماءاتك الدينية إلى أعضاء الكنيسة. أثناء تسجيلك تتمتع بالحق في استثناء المعلومات الخاصة بك من هذا الدليل أو تتمتع بالحق في تقييد المعلومات المقدمة أو الجهة التي تقدم لها هذه المعلومات.

2. **الأسرة والأصدقاء المشاركون في تقديم الرعاية لك.** في ظل ظروف معينة، يجوز لنا من وقت لآخر الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك إلى الأسرة، والأصدقاء، والغير المشاركين في رعايتك أو في سداد مقابل رعايتك لتيسير مشاركة ذلك الشخص في رعايتك أو في سداد مقابل الرعاية التي تحصل عليها. إذا ما كنت غير متاح، أو لا تتمتع بالأهلية أو تواجه موقف طبي طارئ وقررنا أن الكشف المحدود قد يكون في مصلحتك، يجوز لنا مشاركة المعلومات الصحية المحمية بصورة محدودة مع أولئك الأفراد من دون الحصول على موافقة منك. يجوز لنا كذلك الكشف عن المعلومات الصحية المحمية المحدودة إلى الهيئات العامة أو الخاصة المفوضة بمساعدتك في مجهودات الإعانة في الكوارث لكي تتمكن تلك الهيئة من تحديد موقع أي فرد من الأسرة أو أي شخص آخر قد يشارك إلى حد ما في تقديم الرعاية لك.

3. **جمع التبرعات.** قد يتم استخدام أجزاء محدودة من معلوماتك الصحية المحمية للاتصال بك للتبرع ضمن جهود جمع التبرعات لصالحنا أو بالنيابة عنا. قد تتضمن هذه المعلومات المحدودة اسمك وعنوانك ومعلومات الاتصال الأخرى والعمر والجنس وتاريخ الميلاد وتواريخ الرعاية الصحية المستلمة من أوهايو هيلث والأطباء المعالجين والأقسام ومعلومات عن النتائج بالإضافة إلى حالة التأمين الصحي. يتيح لنا استخدام هذا الكم المحدود من المعلومات أن نكون أكثر تحديدًا في جهودنا لجمع التبرعات. لديك الحق في "الانسحاب" من تلقي مواد/اتصالات لجمع التبرعات ويمكنك القيام بذلك عن طريق إرسال اسمك وعنوانك إلى مكتب الأخلاقيات والامتثال في أوهايو هيلث، على العنوان التالي: 3430 OhioHealth Parkway, Columbus, Ohio 43202، أو إلى البريد الإلكتروني CompliancePrivacy@ohiohealth.com مع تقديم إشعار بأنك لا ترغب في تلقي مواد لجمع التبرعات أو الاتصالات منّا.

حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية.

1. **الوصول إلى المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك.** تتمتع بالحق في نسخ و/أو معاينة معظم المعلومات الصحية المحمية التي نحتفظ بها بالنيابة عنك.
 - توصي أوهايو هيلث باستخدام نظام MyChart للوصول الفوري إلى معلومات معينة. إذا لم يكن لديك حساب MyChart، فيمكنك إنشاء حساب على الموقع: <https://mychart.ohiohealth.com/MyChart/signup>
 - يجب أن تكون كافة طلبات الدخول كتابية وموقعة من جانبك أو من جانب ممثلك. إذا ما كانت هناك تكلفة متعلقة بذلك، سوف نخطر بك بها مقدماً.
 - سوف نحسب عليك الرسوم البريدية في حالة إرسال نسخة بالبريد وسوف نحتسب عليك رسوم مقابل إعداد ملخص للمعلومات المطلوبة في حالة طلبك لهذا الملخص. يجوز لك الحصول على نموذج طلب الوصول للمعلومات من إدارة التقارير الطبية الخاصة بنا.
 - لديك الحق في الحصول على نسخة إلكترونية من معلوماتك الصحية المحمية الموجودة في صيغة إلكترونية ويجوز لك طلب نقل هذه المعلومات مباشرة إلى أي شخص أو كيان تحدده أو تفوضه، على أن يكون التفويض واضحاً وصريحاً ومحددًا مع ذكر الاسم الكامل وعنوان البريد الإلكتروني أو غير ذلك من المعلومات المتعلقة بتحديد الهوية.
 - يجوز لنا احتساب رسوم عليك مقابل العمالة والمواد اللازمة لإعداد نسخة من المعلومات الصحية المحمية الإلكترونية.
2. **التغييرات التي تطرأ على المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك.** إذا ما كنت تعتقد بوجود خطأ في معلوماتك الصحية المحمية أو إذا ما تيقنت من أن هذه المعلومات تحتاج إلى تعديل لكي تكون أكثر دقة، فلديك الحق في تقديم طلب كتابي بتعديل أو تصحيح معلوماتك الصحية المحمية.
 - نحن غير ملزمين بإجراء كافة التغييرات المطلوبة ولكننا سننظر في كل من تلك الطلبات بعناية.

- لكي ننظر في طلبات التعديلات، يجب أن تكون تلك الطلبات كتابية وموقعة منك أو من قبل ممثلك، مع ذكر أسباب طلب التعديل/التصحيح.
- في حالة تقديم التعديل أو التصحيح الذي تطلبه من جانبنا، يجوز لنا إخطار الآخرين من العاملين معنا وممن لديهم نسخ من السجلات غير المراجعة إذا ما رأينا أن هذا الإخطار لازماً.
- يجوز لك الحصول على نموذج طلب التعديل من إدارة التقارير الطبية في هذا المرفق.

3. تقرير الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك. لديك الحق في الحصول على تقرير ببعض من أوجه الكشف التي نقوم بها لمعلوماتك الصحية المحمية. لا يسري هذا الحق على أوجه الكشف التي تتم لأغراض العلاج، أو سداد مقابل الرعاية، أو عمليات الرعاية الصحية.

- يتعين تقديم الطلبات كتابياً والتوقيع عليها من جانبك أو من جانب ممثلك.
- يمكن الحصول على نموذج طلب التقرير من إدارة التقارير الطبية في هذا المرفق.
- يكون أول تقرير عن الكشف في مدة 12 شهر مجاني، ويجوز احتساب رسوم عليك مقابل أي تقرير تالي تطلبه في غضون مدة الـ 12 شهر ذاتها.
- تكون التقارير محدودة بست سنوات من تاريخ الطلب.

4. القيود المفروضة على استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك والكشف عنها. لديك الحق في أن تطلب وضع قيود على المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك والتي نستخدمها أو نكشفها عنك في إطار العلاج، أو السداد، أو عمليات الرعاية الصحية.

- لا يجوز لك وضع قيود على الاستخدامات التي يسمح لنا القانون بها.
- يمكن الحصول على نموذج طلب التقييد من إدارة التقارير الطبية في هذا المرفق.
- في معظم الحالات، لا يتحتم علينا الموافقة على طلب التقييد، ولكننا سنحاول تلبية الطلبات المقبولة إذا لزم الأمر.
- نحفظ بالحق في إنهاء القيد المتفق عليه إذا ما رأينا ذلك مناسباً. وفي هذه الحالة، سوف نخطر بك بذلك.
- تتمتع بالحق كذلك في إنهاء القيود المتفق عليها بموجب إخطار كتابي، موقع من جانبك أو من جانب ممثلك، يُقدم إلى إدارة التقارير الطبية في هذا المرفق.
- إذا ما قمت بسداد الفاتورة الكاملة للخدمات التي تحصل عليها بنفسك، من مالك الخاص، وطلبت منا إرسال المعلومات عن الخدمات الخاصة إلى التأمين الذي تتبعه للحصول على مقابل منهم، سوف نلبي طلبك ما دامت المعلومات غير لازمة لشرح الخدمات الأخرى التي سيحاسب التأمين عليها.

5. الاتصالات السرية. تتمتع بالحق في طلب الحصول على الاتصالات فيما يتعلق بالمعلومات الصحية المحمية الخاصة بك بطرق بديلة أو في مواقع بديلة وسوف نقوم بتلبية الطلبات المعقولة المقدمة من جانبك أو من جانب ممثلك. على سبيل المثال، إذا ما طلبت عدم ترك التذكرة بالمواعيد على البريد الصوتي أو إرسالها على عنوان معين، فسوف نلبي الطلبات المعقولة بذلك. يجوز لك أن تطلب تلك الاتصالات السرية كتابياً وأن ترسلها لنا على إدارة التقارير الطبية في هذا المرفق.

6. النسخة الورقية. لديك الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا الإخطار، حتى لو طلبت هذه النسخة بالبريد الإلكتروني أو بأي طرق إلكترونية أخرى.

.VI الإخطار بالكشف غير المصرح به.

في حالة انتهاك المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك، وهو أمر مستبعد، فسوف تحصل على إخطار وعلى معلومات حول الخطوات التي يجوز لك اتخاذها لحماية نفسك من أي خطر.

.VII الأسئلة والشكاوى.

إذا ما كانت لديك أي أسئلة أو إذا احتجت للمزيد من المساعدات فيما يتعلق بهذا الإخطار، فيمكنك الاتصال بمسؤول الخصوصية في أوهايو هيلث على العنوان التالي: 3430 OhioHealth Parkway, Columbus, Ohio 43202 أو الاتصال هاتفياً على 1-866-411-6181. إذا ما اعتقدت أنه تم انتهاك حقوق الخصوصية الخاصة بك أو أنك لا توافق على قرار اتخذناه بشأن الوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية، فيجوز لك الاتصال بـ:

- مسؤول الخصوصية في أوهايو هيلث، أو
- مكتب وزير الصحة والخدمات الإنسانية في واشنطن العاصمة كتابيًا في غضون 180 يومًا من انتهاك حقوقك.
- لن تكون هناك أي عواقب انتقامية لتقديم الشكوى.

VIII. تاريخ السريان.

يسري إخطار ممارسات السرية المشتركة اعتبارًا من 1 يونيو 2017. مراجعة 2021/16/3.