

إدارة الصحة والسلامة العقلية في مدينة نيويورك إشعار بممارسات الخصوصية

معمول به اعتبارًا من 20 يوليو 2021

هذا الإشعار يصف كيف يجوز استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. من فضلك اقرأه بعناية.

إذا كانت لديك أسئلة، فاتصل بمدير العيادة أو مدير الخدمات الصحية بالمنشأة الطبية. يمكنك أيضًا الاتصال بمسؤول الخصوصية الرئيسي في إدارة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك (إدارة الصحة في NYC) على الرقم 347-396-6007 أو البريد الإلكتروني PrivacyOfficer@health.nyc.gov.

المعلومات الصحية المحمية (protected health information, PHI) هي المعلومات الصحية للشخص التي يشاركها شفهيًا أو كتابيًا أو إلكترونيًا. ويشمل ذلك المعلومات العامة (مثل عمرك وعنوانك وبريدك الإلكتروني) ومعلومات حول صحتك الجسدية أو العقلية. كما تشمل معلومات PHI معلومات حول خدمات الرعاية الصحية التي تلقيتها والمبالغ المدفوعة مقابل تلك الخدمات. تحمي إدارة الصحة في NYC خصوصية معلومات PHI باتباع جميع القوانين والقواعد واللوائح ذات الصلة.

هذا الإشعار متوفر لك باعتباره جزءًا من القانون المتعلق بإمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). يوضح هذا الإشعار كيف يجوز لإدارة الصحة في NYC استخدام معلومات PHI الخاصة بك والإفصاح عنها (أو مشاركتها) وكيف تتم حمايتها. يصف هذا الإشعار أيضًا حقوقك ومسؤوليات إدارة الصحة في NYC عند استخدام معلومات PHI الخاصة بك ومشاركتها.

لِمَ هَذَا الإشعار

تعتبر إدارة الصحة في NYC "كيانًا مختلطًا" بموجب قانون HIPAA لأنها تقدم خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة العامة. خدمات الرعاية الصحية مشمولة بقانون HIPAA، لكن خدمات الصحة العامة ليست مشمولة به.

ينطبق هذا الإشعار على خدمات الرعاية الصحية التي تغطيها HIPAA. المسؤوليات الواردة في هذا الإشعار تقع على عاتق جميع موظفي إدارة الصحة في NYC المسموح لهم باستخدام معلومات PHI الخاصة بك أو مشاركتها.

مسؤوليات إدارة الصحة في NYC

- بموجب القانون، يتعين على عيادات إدارة الصحة في NYC أن:
- تحافظ على خصوصية معلومات PHI الخاصة بك وأمانها
- تُعلمك بمسؤولياتنا القانونية وممارسات الخصوصية لدينا عند استخدام معلومات PHI الخاصة بك ومشاركتها

قوانين الخصوصية

العديد من قوانين الخصوصية الفيدرالية وقوانين الولاية والمدينة تفرض مزيدًا من القيود على استخدام معلومات PHI ومشاركتها. تنطبق هذه القوانين على علاج تعاطي المخدرات، واختبار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وعلاجه، واختبارات الأمراض المنقولة جنسيًا وعلاجها، وعلاج الصحة العقلية. سياسات إدارة الصحة في NYC وهذا الإشعار يتبعان هذه القوانين.

كيف يمكن لإدارة الصحة في NYC استخدام معلومات PHI الخاصة بك ومشاركتها

متى يجب على إدارة الصحة في NYC أن تشارك معلومات PHI الخاصة بك

بموجب القانون، يجب على إدارة الصحة في NYC مشاركة معلومات PHI الخاصة بك إلا إذا قال أخصائي الرعاية الصحية إن القيام بذلك سيكون ضارًا بصحتك.

يجب على إدارة الصحة في NYC أيضًا، إذا طُلبَ منها ذلك، أن تشارك معلومات PHI الخاصة بك مع وزير إدارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية أثناء التحقيقات حول كيفية اتباعنا للقوانين التي تحمي معلومات PHI الخاصة بك.

العلاج

يجوز لإدارة الصحة في NYC أن تستخدم معلومات PHI الخاصة بك أو تشاركها، بما في ذلك توصيات مقدم الرعاية الصحية، بهدف توفير العلاج أو الخدمات التي تحتاجها.

المدفوعات

ستستخدم معلومات PHI الخاصة بك حسب الحاجة لتقديم فواتير وتلقي مدفوعات مقابل العلاج والخدمات المقدمة لك. قد تشارك إدارة الصحة في NYC معلومات حول علاجك مع خطة التأمين الصحي الخاصة بك (بما في ذلك برنامج ميديكيد) أو مؤسسة رعاية مُدارة للحصول على الموافقة على الدفع.

أنشطة الرعاية الصحية

يجوز لإدارة الصحة في NYC استخدام معلومات PHI الخاصة بك ومشاركتها في أنشطة الرعاية الصحية المنتظمة. سيستخدم موظفو الرعاية الصحية معلومات PHI الخاصة بك لمراجعة خدمات الرعاية التي تلقيتها ونتائج رعايتك الصحية لمقارنتها بالآخرين. على سبيل المثال، قد تخضع معلومات PHI الخاصة بك للمراجعة من أجل التدريب أو إدارة المخاطر أو للمساعدة في تحسين جودة الرعاية والخدمات التي نقدمها وفعاليتها.

ستشارك إدارة الصحة في NYC معلومات PHI الخاصة بك مع شركاء الأعمال الخارجيين الذين يؤدون خدمات للمؤسسة، مثل عمل الفواتير. سيطلب من شركاء العمل أيضاً حماية معلومات PHI الخاصة بك.

يجوز لإدارة الصحة في NYC أن تزيل أي معلومات شخصية حتى يمكن استخدام معلومات PHI الخاصة بك لدراسة الرعاية والخدمات الصحية دون الكشف عن هويتك.

التذكير بالمواعيد

يجوز لإدارة الصحة في NYC استخدام معلومات PHI الخاصة بك ومشاركتها لإرسال تذكيرات بالمواعيد. لن تكشف هذه التذكيرات عن سبب زيارتك للحصول على الرعاية الصحية.

المتطلبات الفيدرالية والمتطلبات الخاصة بالولاية والمدينة

ستشارك إدارة الصحة في NYC معلومات PHI الخاصة بك عندما يقتضي ذلك قانون أو قاعدة أو لائحة فيدرالية أو خاصة بالولاية أو المدينة.

أنشطة الصحة العامة

يجوز لإدارة الصحة في NYC مشاركة معلومات PHI الخاصة بك مع أي مؤسسة صحية عامة يمكنها تلقي معلومات PHI الخاصة بك بشكل قانوني لمراقبة الصحة العامة أو للوقاية من الأمراض أو الإصابات أو الإعاقة أو مكافحتها. وهذا يشمل تقارير المرض والولادة والوفاة.

إساءة معاملة الأطفال

يجوز لإدارة الصحة في NYC مشاركة معلومات PHI الخاصة بك مع أي سلطة حكومية يمكنها بشكل قانوني تلقي تقارير إساءة معاملة الأطفال.

الرقابة الصحية

يجوز لإدارة الصحة في NYC مشاركة معلومات PHI الخاصة بك مع أي مؤسسة رقابة صحية للأنشطة القانونية (مثل عمليات التدقيق والتفتيش والتفتيش والتراخيص) التي تراقب نظام الرعاية الصحية وبرامج المنافع الحكومية والبرامج التنظيمية الحكومية الأخرى وقوانين الحقوق المدنية.

إدارة الغذاء والدواء (Food and Drug Administration, FDA)

يجوز لإدارة الصحة في NYC مشاركة معلومات PHI الخاصة بك مع أي شخص أو شركة تطلبها FDA من أجل:

- الإبلاغ عن عيوب المنتجات أو ردود الفعل السلبية أو المشاكل
- الإبلاغ عن التغييرات في المنتجات البيولوجية
- تتبع المنتجات
- استرجاع المنتجات

- إجراء الإصلاحات أو الاستبدالات
- إجراء مراقبة ما بعد التسويق

الإجراءات القانونية

يجوز لإدارة الصحة في NYC مشاركة معلومات PHI الخاصة بك ردًا على أي أمر محكمة أو أمر إداري إذا كنت متورطًا في دعوى قضائية أو نزاع قانوني آخر. يجوز لنا أيضًا مشاركة معلومات PHI الخاصة بك ردًا على أي أمر استدعاء أو طلب اكتشاف أو أي إجراء قانوني آخر من قِبَل شخص آخر في النزاع، فقط إذا تم الاتصال بك بشأن الطلب.

إنفاذ القانون

يجوز لإدارة الصحة في NYC مشاركة معلومات PHI الخاصة بك إذا طلبها المسؤولون عن إنفاذ القانون:

- ردًا على أي أمر محكمة، أو أمر استدعاء، أو أمر بإلقاء القبض، أو استدعاء أو إجراء مشابه
- للتعرف على شخص مشتبه به أو هارب أو شاهد أو مفقود أو العثر عليه
- للتعرف على شخص تعرض لجريمة ما إذا لم نتمكن من الحصول على موافقة الشخص
- للتعرف على حالة وفاة نعتقد أنها ربما حدثت بسبب جريمة
- للتعرف على جريمة حدثت في إحدى عياداتنا
- في حالة الطوارئ، للإبلاغ عن جريمة أو لمعرفة:
 - مكان وقوع الجريمة أو المكان الذي يمكن فيه العثور على الأشخاص الذين تعرضوا لها
 - الشخص الذي ارتكب جريمة أو المكان الذي يمكن فيه العثور عليه

محققو الوفيات ومديرو الجنازات والتبرعات بالأعضاء

يجوز لإدارة الصحة في NYC مشاركة معلومات PHI الخاصة بك مع محقق الوفيات أو الطبيب الشرعي لتحديد هوية الشخص المتوفى أو معرفة كيفية وفاة الشخص. قد نكشف أيضًا عن معلومات PHI لمديري الجنازات لمساعدتهم على أداء وظائفهم، وفقًا لما يسمح به القانون. يمكن أيضًا استخدام معلومات PHI ومشاركتها للتبرع بالأعضاء.

البحث

في بعض الأحيان، قد تستخدم إدارة الصحة في NYC معلومات PHI الخاصة بك وتشاركها لإجراء الأبحاث. يجب أولاً أن يحصل البحث على موافقة مجلس المراجعة المؤسسية لإدارة الصحة في NYC ويتبع جميع القوانين والقواعد واللوائح ذات الصلة.

وصول أولياء الأمور إلى المعلومات

توضح بعض قوانين الولاية قدر ما يمكن مشاركته من معلومات PHI مع أولياء الأمور والأوصياء القانونيين. سنتبع إدارة الصحة في NYC جميع القوانين ذات الصلة.

تعويضات العمال

يجوز لإدارة الصحة في NYC مشاركة معلومات PHI الخاصة بك لاتباع أي قوانين بشأن تعويض العمال أو البرامج المماثلة التي تمنح تعويضات للإصابات أو الأمراض المرتبطة بالعمل.

النشاط الإجرامي

بموجب بعض القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية، يجوز لإدارة الصحة في NYC مشاركة معلومات PHI الخاصة بك إذا اعتقدنا أن استخدامها أو مشاركتها سيمنع أو يقلل من وجود تهديد خطير ووشيك على الجمهور أو صحة الشخص وسلامته. يجوز لنا أيضًا أن نكشف عن معلومات PHI إذا لزم الأمر لمساعدة سلطات إنفاذ القانون في التعرف على شخص ما أو اعتقاله.

السجناء

يجوز لإدارة الصحة في NYC مشاركة معلومات PHI الخاصة بالسجناء مع المنشأة الإصلاحية الخاصة بهم أو الموظفين فيها، إذا لزم الأمر لصحتهم وسلامتهم ولغيرهم.

النشاط العسكري والمحاربين القدامى

إذا كنت عضوًا في القوات المسلحة، فقد تشارك إدارة الصحة في NYC معلومات PHI الخاصة بك كما هو مطلوب من سلطات القيادة العسكرية. يجوز لنا أيضًا مشاركة معلومات PHI حول الأفراد العسكريين الأجانب مع السلطات العسكرية الأجنبية المناسبة.

الأمن القومي والاستخبارات

يجوز لإدارة الصحة في NYC مشاركة معلومات PHI الخاصة بك مع المسؤولين الفيدراليين المعتمدين للاستخبارات ومكافحة التجسس وأنشطة الأمن القومي الأخرى وفقاً لما يسمح به القانون. يجوز لنا أيضاً مشاركة معلومات PHI الخاصة بك مع المسؤولين الفيدراليين حتى يتمكنوا من إجراء تحقيقات خاصة أو حماية الرئيس أو غيره من الأشخاص ذوي الصلاحية أو رؤساء الدول الأجنبية.

الأشخاص المشاركون في رعايتك الصحية

ما لم تكن غير موافق، يجوز لإدارة الصحة في NYC استخدام معلومات PHI الخاصة بك أو مشاركتها لإعلام أحد أفراد الأسرة أو الممثل الشخصي بمكانك وحالتك الصحية. إذا كنت موجوداً، فستتمكن من عدم السماح باستخدام معلومات PHI الخاصة بك أو مشاركتها. إذا كنت غير قادر على اتخاذ القرار أو تعرضت لحالة طوارئ، فيجوز لنا أن نشارك معلومات PHI الخاصة بك إذا اعتقدنا أنها الأفضل لك.

حقوقك فيما يتعلق بمعلومات PHI الخاصة بك

على الرغم من أن سجلك الصحي هو ملك لإدارة الصحة في NYC، فالمعلومات ملكك أنت. فيما يلي حقوقك فيما يتعلق بمعلومات PHI الخاصة بك. يمكنك إرسال أي من الطلبات التالية عن طريق الكتابة إلى مدير العيادة أو مدير الخدمات الصحية أو من ينوب عنهم:

- حق الفحص والنسخ:** يتم الاحتفاظ بمعلومات PHI في "مجموعة سجلات محددة" ويمكن استخدامها في اتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية. تتضمن مجموعة السجلات المحددة عادةً السجلات الطبية وسجلات الفواتير. يحق لك مراجعة هذه المعلومات والحصول عليها طوال المدة التي تحتفظ فيها إدارة الصحة في NYC بتلك المعلومات. لا ينطبق هذا الحق على:
- ملاحظات العلاج النفسي
 - جمع المعلومات لاستخدامها أو لاحتتمالية استخدامها في دعوى أو إجراء مدني أو جنائي أو إداري
 - معلومات PHI التي تمنع القوانين من الوصول إليها

قد ترفض إدارة الصحة في NYC طلبك لمراجعة معلوماتك الصحية والحصول عليها في مواقف معينة. إذا مُنعت من الوصول إلى معلوماتك الصحية، فيمكنك الاتصال بمدير الخصوصية لطلب مراجعة الرفض.

- الحق في طلب تعديل:** إذا كنت تعتقد أن المعلومات الصحية التي لدينا عنك غير صحيحة أو غير كاملة، يمكنك أن تطلب منا تعديل (تغيير أو إضافة) المعلومات. يحق لك طلب تعديل ما دامت إدارة الصحة في NYC تحتفظ بمعلوماتك الصحية. قد ترفض إدارة الصحة في NYC طلبك إذا لم يكن كتابياً أو لا يتضمن سبباً وجيهاً. كما أننا قد نرفض طلبك إذا طلبت منا تعديل المعلومات التي:
- لم تنشأها إدارة الصحة في NYC، إلا إذا كان الشخص أو الكيان الذي أنشأ المعلومات لا يمكنه إجراء التعديل
 - ليست جزءاً من المعلومات الصحية التي تحتفظ بها إدارة الصحة في NYC أو لصالحها
 - ليست جزءاً من المعلومات المسموح لك بمراجعتها والحصول عليها
 - تعتبر دقيقة وكاملة

الحق في تلقي إشعار بالإخلال: يجب أن تعلمك إدارة الصحة في NYC بسرعة إذا تأثرت خصوصية معلوماتك أو أمانها.

الحق في سرد الإفصاحات: سرد الإفصاحات هو عبارة عن قائمة بالأشخاص والكيانات التي شاركنا معلومات PHI الخاصة بك معهم. لا تتضمن هذه القائمة الإفصاحات التي تم إجراؤها لأغراض العلاج أو الدفع أو الرعاية الصحية كما هو موضح في هذا الإشعار أو بعض الإفصاحات الأخرى (مثل أي إفصاحات أخرى طلبت منا تقديمها). لديك الحق في سرد الإفصاحات عن معلومات PHI لمدة تصل إلى ست سنوات قبل تاريخ طلبك.

الحق في طلب التقييد: لديك الحق في طلب تقييد (أو تحديد) معلومات PHI التي نستخدمها أو نشاركها عنك لأغراض العلاج أو الدفع أو الرعاية الصحية. لديك أيضاً الحق في طلب عمل حصر لمعلومات PHI التي نشاركها عنك إلى شخص يشارك في رعايتك الصحية أو الدفع مقابل رعايتك الصحية. لا يتعين علينا الموافقة على طلبك.

إذا دفعت بالكامل مقابل أحد خدمات أو عناصر الرعاية الصحية من أموالك الخاصة، فيمكنك أن تطلب منا عدم مشاركة معلوماتك مع مقدم التأمين الصحي الخاص بك لأغراض الدفع أو الرعاية الصحية. سوف نتفق معك ما لم يقتض القانون مشاركة المعلومات.

الحق في طلب التواصل بسرية: يمكنك أن تطلب أن نتواصل معك باستخدام وسائل بديلة أو في مكان بديل لحماية خصوصيتك. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا الاتصال بك في مكان العمل أو عن طريق البريد. يمكنك أيضاً أن تطلب منا إرسال المعلومات إليك بالبريد في مظروف مغلق بدلاً من البطاقة البريدية.

إذا كنت ترغب في أن نتواصل معك بشكل خاص، فأرسل طلبًا كتابيًا إلى مدير العيادة أو من ينوب عنه. يجب أن يوضح طلبك رغبتك في كيفية الاتصال بك ومكان الاتصال بك. إذا كنت تتلقى خدمات في أكثر من عيادة، فيجب عليك تقديم طلب لكل منها.

الحق في اختيار شخص للتصرف نيابة عنك: إذا أعطيت شخصًا توكيلًا طبيًا (قدرة شخص على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك إذا لم تستطع ذلك) أو إذا كان شخص ما هو الوصي القانوني عليك، فيمكنه اتخاذ قرارات بشأن معلومات PHI الخاصة بك نيابة عنك.

الحق في الحصول على نسخة من هذا الإشعار: يمكنك طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت. اتصل بمدير العيادة أو مدير الخدمات الصحية أو كبير مسؤولي الخصوصية على الرقم 347-396-6007.

ترخيص استخدام معلومات PHI

يتطلب منا قانون HIPAA الحصول على إذن كتابي منك لاستخدام معلومات PHI الخاصة بك أو مشاركتها من أجل:

- أغراض التسويق
- بيع معلوماتك (سياسة إدارة الصحة في NYC تنص على عدم بيع معلومات PHI)
- معظم الإفصاحات عن مذكرات العلاج النفسي

ستطلب إدارة الصحة في NYC إذنك الكتابي لاستخدام معلومات PHI الخاصة بك أو مشاركتها لأسباب لا يغطيها هذا الإشعار أو القوانين التي تنطبق علينا. إذا سمحت لنا باستخدام معلومات PHI الخاصة بك أو مشاركتها، فيجوز لك إلغاء هذا الإذن كتابيًا في أي وقت. إذا قمت بالإلغاء، فلن تستخدم إدارة الصحة في NYC معلومات PHI الخاصة بك أو تشاركها للأسباب المذكورة في إذنك الكتابي. نحن غير قادرين على التراجع عن أي إفصاحات قمنا بها بالفعل بإذن منك ونحن مطالبون بالاحتفاظ بها.

التغييرات في هذا الإشعار

يمكننا تغيير ممارسات الخصوصية لدينا وهذا الإشعار. يمكننا أيضًا إجراء أي تغييرات على هذا الإشعار تنطبق على أي معلومات PHI لدينا بالفعل عنك بالإضافة إلى أي معلومات قد نتلقاها في المستقبل.

سننشر نسخة من إشعارنا الحالي في جميع عياداتنا. سيتم تدوين التاريخ المعمول به (عند بدء استخدام الإشعار) في الجزء العلوي في منتصف الصفحة الأولى والجزء السفلي الأيمن من الصفحة الأخيرة من الإشعار. كما سيتم توفير نسخة من الإشعار الحالي لك متى تم تحديثه. يمكنك أيضًا طلب نسخة من إشعارنا في أي وقت والاطلاع على أحدث إشعار من خلال زيارة الرابط nyc.gov/health والبحث عن "HIPAA".

الشكاوى

إذا كنت تعتقد أن خصوصيتك قد تم انتهاكها، فيمكنك إرسال شكوى مكتوبة إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية أو كبير مسؤولي الخصوصية في إدارة الصحة في NYC على العناوين أدناه. لا توجد عقوبة على إرسال الشكوى:

- أرسل شكواك بالبريد الإلكتروني إلى PrivacyOfficer@health.nyc.gov.
- أرسل شكواك بالبريد إلى العنوان التالي:

NYC Department of Health and Mental Hygiene's Chief Privacy Officer at
Gotham Center 42-09 28th Street, 14th Floor, CN-30 Queens, NY 11101

إقرار باستلام إشعار ممارسات الخصوصية

بتوقيعي على هذا النموذج وتاريخه، أقر بأنني تلقيت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية التابع لإدارة الصحة والسلامة العقلية في مدينة نيويورك.

اسم المريض (يرجى كتابته مطبوعاً)	
توقيع المريض	التاريخ

إذا كنت ممثلاً شخصياً تملأ هذه البيانات نيابة عن المريض، فاكتب اسمك أدناه.

اسم الممثل الشخصي (يرجى كتابته مطبوعاً)	
توقيع الممثل الشخصي	التاريخ

للاستعمال الرسمي فقط
<input type="checkbox"/> المريض رفض التوقيع
<input type="checkbox"/> المريض كان غير قادر على التوقيع
الأحرف الأولى من اسم موظف إدارة الصحة في NYC: _____
التاريخ: _____

سجل المريض الأصلي