

إشعار بممارسات الخصوصية

المركز الطبي التابع لجامعة شيكاغو

قسم العلوم البيولوجية التابع لجامعة شيكاغو

مكاتب الأطباء الإقليميين التابعة للمركز الطبي التابع لجامعة شيكاغو

27 أيار (مايو)، 2007

عزيزي المريض،

حماية خصوصية معلوماتك الصحية أمر في غاية الأهمية. يسرنا أن نعلن لك، بواسطة هذه الكراسة، عن قانون فيدرالي مصمم للمساعدة في حماية خصوصية تلك المعلومات الصحية. ويعرف هذا القانون المطبق مؤخراً بقاعدة حفظ الخصوصية التابعة لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة HIPAA.

وتفرض علينا قاعدة الخصوصية التزاماً بأن نسلم إليك نسخة من إشعار ممارساتنا بشأن الخصوصية ("الإشعار"). ويوضح هذا الإشعار طريقة استخدامنا لمعلوماتك الطبية أو الصحية. كما أن هذه القاعدة تلزمنا بأن نطلب منك توقيع استمارة تسمى الإشعار بالاستلام. وبالتوقيع على هذه الاستمارة فإنك تؤكد بأنك استلمت نسخة من الإشعار.

ونأمل أن يساعدك الإشعار بممارساتنا الخصوصية على فهم الطريقة التي نستخدمها لحماية معلوماتك الصحية. إذا كان لديك أي سؤال عن هذا الإشعار أو عن ممارساتنا الخصوصية، الرجاء الاتصال بمكتب برنامج HIPAA عن طريق الهاتف رقم

المخلص،

كيري سي ديموت
رئيس موظفي الخصوصية

إشعار بممارسات الخصوصية

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك الطبية وتقاسمها وكيفية الحصول على حق الاطلاع على هذه المعلومات. الرجاء معاينته بدقة.

1- من نحن

يصف هذا الإشعار ممارسات الخصوصية المتبعة بموجب تدابير العناية الصحية المنظمة لجامعة شيكاغو أو "OHCA". وتطبق على الخدمات الصحية التي تتلقاها من الكيانات المدرجة أدناه:

(1) المركز الطبي التابع لجامعة شيكاغو (UCMC): شاملاً ممرضاته وأطبائه المقيمين والعاملين الآخرين والمتطوعين،

(2) قسم العلوم البيولوجية التابع لجامعة شيكاغو (BSD): شاملاً أطبائه وممرضاته وأطبائه وطلابه والمتطوعين وعاملين آخرين،

(3) مكاتب الأطباء الإقليميين التابعة للمركز الطبي التابع لجامعة شيكاغو: شاملاً المواقع المدرجة في نموذج الإقرار باستلام إخطار ممارسات الشخصية المتبعة في المركز الطبي التابع لجامعة شيكاغو.

وسوف يشار إلى المركز الطبي التابع لجامعة شيكاغو وقسم العلوم البيولوجية ومكاتب الأطباء الإقليمية بصورة جماعية بعبارة "نحن" أو "نا". سوف نتقاسم معلوماتك الصحية بيننا لتنفيذ عملياتنا الخاصة بالعلاج وتسييد التكلفة والعناية الصحية.

2- التزاماتنا المتعلقة بالخصوصية

يلزمنا القانون بالمحافظة على خصوصية بعض المعلومات الصحية المسماة "المعلومات الصحية المحمية" ("PHI"). والمعلومات الصحية المحمية هي المعلومات التي تزودنا بها أو التي نستحدثها أو نستلمها عن رعايتك الصحية. كما يلزمنا القانون بتزويدك بهذا الإشعار الذي ينطوي على واجباتنا القانونية وممارساتنا الخصوصية. عندما نستخدم أو نكشف (نتقاسم) معلوماتك الصحية المحمية، فإننا ملزمون بإتباع شروط هذا الإشعار أو إشعار آخر نافذ المفعول وقت استخدام أو تقاسم المعلومات الصحية المحمية. وأخيراً يمنحك القانون بعض الحقوق الموصوفة في هذا الإشعار.

3- الطرق التي يمكننا بواسطتها استخدام أو تقاسم معلوماتك الصحية المحمية بدون موافقتك الخطية (تصريحك الخطي).

في كثير من الحالات، يمكننا استخدام وتقاسم معلوماتك الصحية المحمية للأشطة المألوفة في مستشفيات وعيادات كثيرة. في حالات معينة أخرى، التي سنأتي على وصفها في القسم 4 أدناه، يتوجب علينا الحصول على موافقتك الخطية (تصريحك الخطي) لاستخدام و/أو تقاسم معلوماتك الصحية المحمية. لن نحتاج إلى أي نوع من الموافقة منك لحالات الاستخدام والكشف التالية:

1

أ- الاستخدام والكشف لعمليات العلاج وتسديد التكلفة والرعاية الصحية. يحق

لنا استخدام وتقاسم معلوماتك الصحية المحمية لتقديم "العلاج"، واستلام "تسديد التكلفة" لقاء علاجك، وأداء "عملياتنا الخاصة بالرعاية الصحية". وتعرف هذه المصطلحات الثلاثة كما يلي:

- **العلاج** نحن نستخدم ونتقاسم معلوماتك الصحية المحمية لتزويدك بالعناية والخدمات الأخرى – مثل تشخيص وعلاج إصابتك أو مرضك. إضافة لذلك، يجوز لنا الاتصال بك لتزويدك بما يذكرك بالمواعيد أو المعلومات الخاصة بخيارات العلاج. ويجوز لنا أن نخبرك بفوائد وخدمات صحية أخرى التي قد تهتمك. كما يجوز أن نتقاسم معلوماتك الصحية المحمية مع أطباء وممرضات وغيرهم ممن يشتركون في العناية بك.
- **تسديد التكلفة** يمكننا استخدام وتقاسم معلوماتك الطبية المحمية لتلقي المبالغ عن الخدمات التي نقدمها لك. على سبيل المثال، يمكننا تقاسم معلوماتك الصحية المحمية لطلب تسديد واستلام المبالغ من ميديكير أو ميديكيد أو شركة تأمينك الصحي أو إيج ام أو HMO أو أية شركة أخرى أو برنامج آخر الذي يتولى التدبير أو التسديد عن تكلفة بعض أو كل عنايتك الصحية ("القائم بالتسديد عنك") وتأكيدي أن القائم بالتسديد عنك سوف يسد تكلفة العناية الصحية بك. كمثال على ذلك، يجوز لنا تقاسم معلوماتك الصحية المحمية مع الشخص الذي أبلغتنا بأنه المسؤول الأول عن دفع تكاليف علاجك، مثل زوجك/زوجتك أو أحد والديك.

• عمليات العناية الصحية يمكننا استخدام وتقاسم معلوماتك الصحية المحمية لتنفيذ عملياتنا الخاصة بالعناية الصحية، التي تشمل الإدارة والتخطيط والأنشطة التي تؤدي إلى تحسين جودة العناية الصحية التي نقدمها لك وخفض تكلفتها. مثلاً، يمكننا استخدام معلوماتك الصحية المحمية لمعاينة جودة ومهارة أطبائنا وممرضاتنا وغيرهم من مقدمي العناية الصحية. كمثال آخر، يمكننا تقاسم معلوماتك الصحية المحمية مع منسق علاقات المرضى لحل أية شكاوى ترفعها والتأكد من راحتك أثناء زيارتك لنا.

بالإضافة لذلك يجوز لنا أن نتقاسم معلوماتك الصحية المحمية مع أشخاص آخرين معينين ممن يساعدوننا في أنشطتنا، بمن فيهم الأشخاص الذين نستأجرهم لتأدية الخدمات.

2

ب- مقدمو الخدمات الصحية الآخرون. ويجوز لنا أن نتقاسم معلوماتك الصحية المحمية مع طبيبك وغيرهم من مقدمي العناية الصحية الآخرين عندما يحتاجون إليها لعلاجك، أو للحصول على مبالغ لقاء العناية التي يقدمونها لك، ولإجراء عمليات معينة للعناية الصحية، مثل معاينة جودة ومهارة مهنيي العناية الصحية أو لمعاينة أنشطتهم تطبيقاً للقانون.

ج- استخدام المعلومات أو الكشف عنها لغرض النشر في دليل المرضى بمستشفى جامعة شيكاغو. يجوز أن نضم اسمك وموقعك في المستشفى وحالتك الصحية العامة وانتماؤك الديني إلى دليل المرضى بدون الحصول على موافقتك إلا إذا أبلغتنا بأنك لا ترغب في إدخال معلوماتك في الدليل أو إلا إذا كان موقعك في ردهة معينة أو جناح أو وحدة يدل على أنك تتلقى العلاج للشفاء من مرض عقلي أو إعاقة تنموية أو مرض نقص المناعة البشرية / الأيدز أو من تعاطي المخدرات. ويمكن تقاسم المعلومات المنشورة في الدليل مع كل من يسأل عنك بالاسم أو مع رجال الدين، غير أن الانتماء الديني لن نتقاسمه إلا مع رجال الدين.

د- الكشف عن المعلومات إلى الأقرباء أو الأصدقاء المقربين أو مقدمي العناية الآخرين. يجوز لنا تقاسم معلوماتك الصحية المحمية مع أفراد عائلتك/أقربائك أو مع صديق شخصي مقرب أو مع شخص آخر تعينه إذا (1) منحناك فرصة الاعتراض على الكشف عن المعلومات ولم تعترض (2) إذا استنتجنا بأنك لن تعترض على الكشف عن المعلومات، أو (3) إذا حصلنا على موافقتك على تقاسم معلوماتك الصحية المحمية مع

هؤلاء الأفراد. إذا لم تكن موجوداً في وقت تقاسم معلوماتك الطبية المحمية، أو إذا كنت غير قادر على الموافقة أو الاعتراض على مشاركة معلوماتك الصحية المحمية بسبب عجزك أو لوجود ظروف طارئة، يمكننا الاستعانة برأينا المهني لتقرير ما إذا كان تقاسم معلوماتك الصحية المحمية يصب في مصلحتك العليا. ويجوز لنا أن نستخدم أو نتقاسم معلوماتك الصحية المحمية لتبليغ (أو للمساعدة في تبليغ) هؤلاء الأفراد عن موقعك وحالتك العامة.

هـ- اتصالات لجمع الأموال. من المحتمل أن نتصل بك لتزويدك بمعلومات عن أهمية التبرع لكيانات تدابير العناية الصحية المنظمة التابعة لجامعة شيكاغو وتدعوك إلى المشاركة فيها. ومن المحتمل أن نتقاسم مع موظفي جمع الأموال التابعين لنا معلومات محدودة عنك (مثل اسمك وعنوانك ورقم هاتفك) بما في ذلك التواريخ التي تلقيت فيها العناية الصحية، وذلك بدون تصريحك الخطي. إذا كنت غير راغب في استلام أية طلبات لجمع الأموال في المستقبل، يمكنك الاتصال بمكتبنا الخاص بالتطوير عن طريق الهاتف رقم 6565-702 (773).

3

و- أنشطة الصحة العامة. نحن ملزمون أو مجازون طبقاً للقانون بتبليغ معلومات صحية محمية إلى بعض الجهات الحكومية وغيرها. على سبيل المثال، يجوز لنا تقاسم معلوماتك الصحية المحمية للأغراض التالية:

- (1) تبليغ معلومات صحية إلى الجهات الصحية العامة لغرض منع، أو السيطرة على، المرض أو الإصابة أو الإعاقة،
- (2) تبليغ عن الإيذاء أو الإهمال إلى وزارة خدمات الأطفال والعائلة في إلينوي، أو وزارة الخدمات الإنسانية في إلينوي أو إلى جهات حكومية أخرى، بما في ذلك مصلحة اجتماعية أو وكالة خدمات وقاية، مرخص لها قانوناً أن تتلقى التقارير،
- (3) تبليغ معلومات عن المنتجات والخدمات إلى إدارة الأغذية والأدوية في الولايات المتحدة،
- (4) تنبيه شخص يحتمل أن يكون معرضاً إلى مرض معد أو يحتمل أن يكون بخلافه معرضاً إلى الإصابة بمرض أو بحالة أو بنشر ذلك المرض أو تلك الحالة؛

- (5) تبليغ معلومات إلى صاحب عملك طبقاً لأحكام القوانين التي تعالج الأمراض أو الإصابات المتصلة بالعمل أو بمراقبة محلات العمل طبيياً، و
- (6) لمنع أو تقليل تهديد خطير ووشيك لحياة شخص ما أو للصحة أو السلامة العامة، أو لبعض الجهات الحكومية ذات وظائف خاصة مثل

ز- أنشطة الإشراف الصحي. من المحتمل أن نتقاسم معلوماتك الصحية المحمية مع وكالة للإشراف الصحي التي تشرف على نظام العناية الصحية وتضمن تطبيق قواعد البرامج الصحية الحكومية، مثل ميديكير أو ميديكيد.

ح- إجراءات قضائية وإدارية. من المحتمل أن نتقاسم معلوماتك الصحية المحمية ضمن إجراءات قضائية أو إدارية استجابة لأمر قانوني أو دعوى قضائية أخرى.

ط- أغراض تطبيق القانون. من المحتمل أن نتقاسم معلوماتك الصحية المحمية مع الشرطة أو مع موظفين آخرين مختصين بتطبيق القانون وفق ما يقضي أو يسمح به القانون أو إذعانا لأمر قضائي أو مذكرة استدعاء.

4

ي- المتوفون. من المحتمل أن نتقاسم معلومات صحية محمية مع طبيب العدل أو مع محقق الوفيات حسب مقتضى القانون.

ك- تدبير الأعضاء والأنسجة البشرية. من المحتمل أن نتقاسم معلوماتك الصحية المحمية مع المنظمات التي تسهل تدبير أو حفظ أو زرع الأعضاء أو العيون أو الأنسجة.

ل- الأبحاث. من المحتمل أن نستخدم أو نتقاسم معلوماتك الصحية المحمية إذا وافق الفريق المشرف على أبحاثنا، مجلس المعاينة المؤسساتية/ مجلس الخصوصية على التنازل عن الموافقة (الترخيص) على كشف المعلومات أو على أن يبدأ الباحث عملية البحث.

م- تعويض العمال من المحتمل أن نتقاسم معلوماتك الصحية المحمية حسب ما يسمح به أو يقتضيه قانون الولاية الخاص بتعويض العمال أو برامج أخرى مماثلة.

ن- حسب مقتضى القانون. من المحتمل أن نستعمل أو نتقاسم معلوماتك الصحية المحمية عندما يقضي بذلك أي قانون آخر لم ترد الإشارة إليه أعلاه.

4- حالات الاستعمال والكشف التي تتطلب موافقتك الخطية (تصريحك الخطي)

أ- استخدام المعلومات أو الكشف عنها بموافقتك (بتصريحك). لا يجوز لنا استخدام أو تقاسم معلوماتك الصحية المحمية لأي غرض آخر، باستثناء الأغراض

الموصوفة أعلاه في القسم 3، إلا بعد منحنا موافقتك الخطية (تصريحك الخطي). على سبيل المثال، لا يجوز لنا إرسال معلوماتك الصحية المحمية إلى شركة تأمينك إلا بعد الحصول على موافقتك على ذلك.

ب- التسويق. يتوجب علينا كذلك الحصول على موافقتك الخطية (ترخيصك الخطي) قبل استعمال معلوماتك الصحية المحمية لكي نرسل إليك أية مواد تسويقية. ولكن، يجوز لنا أن نتواصل معك عن المنتجات والخدمات المتعلقة بعلاجك، إدارة الحالة المرضية، أو تنسيق العناية، أو طرق العلاج البديلة، المداواة، مقدمي العناية الصحية، أو ترتيب العناية، قبل الحصول على موافقتك.

ج- استعمالات معلوماتك السرية للغاية أو الكشف عنها. تقضي القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات تقديم حماية استثنائية لخصوصية بعض معلوماتك السرية للغاية ("معلومات سرية للغاية")، بما في ذلك أي جزء من معلوماتك الصحية المحمية التالية: (1) المحفوظة في

5

ملاحظات العلاج النفسي؛ (2) المعلومات الخاصة بالصحة العقلية وبخدمات المعوقات التنموية؛ (3) المعلومات الخاصة بمنع إساءة استعمال الكحول والمخدرات، ومعالجة آثارها وإحالة المرضى إلى الأطباء؛ (4) المعلومات الخاصة باختبارات مرض نقص المناعة البشرية / الأيدز أو تشخيصه أو علاجه؛ (5) المعلومات الخاصة بالأمراض الجنسية؛ (6) المعلومات الخاصة بالاختبارات الوراثية؛ (7) المعلومات الخاصة بإيذاء الأطفال وإهمالهم، (8) المعلومات الخاصة بإيذاء شخص بالغ معوق داخل المنزل؛ (9) المعلومات الخاصة بالاغتصاب الجنسي أو (10) المعلومات الخاصة بالتلقيح الصناعي (IVF). يتوجب علينا الحصول على موافقتك الخطية قبل تقاسم معلوماتك السرية للغاية لأي غرض عدا الأغراض التي يسمح بها القانون.

5- حقوقك المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية

أ- لمزيد من المعلومات؛ شكوى. إذا كنت راعياً في الحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك المتعلقة بالخصوصية، أو إذا ساورك القلق بأننا انتهكنا حقوقك المتعلقة بالخصوصية، أو إذا كنت غير موافق على قرار اتخذناه بشأن مداولة معلوماتك الصحية المحمية، يمكنك الاتصال بمكتب برنامج HIPAA. ويمكنك أيضاً تقديم شكوى خطية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة. وبإمكان مكتب برنامج HIPAA تزويدك بالعنوان الصحيح لمكتب الحقوق المدنية بناءً على

طلبك. وسوف لن نتخذ أي إجراء ضدك إذا قدمت شكوى إلينا أو إلى مكتب الحقوق المدنية.

ب- الحق في استلام اتصالات سرية. بإمكانك أن تطلب إلينا إرسال الوثائق التي تحتوي على معلوماتك الصحية المحمية إلى موقع آخر عدا العنوان الذي سلّمتنا إياه، أو إرسالها بطريقة خاصة. ويتوجب عليك تقديم طلب خطي بذلك. وسنحاول تلبية طلبك إذا شعرنا بمعقوليته. على سبيل المثال، بإمكانك أن تطلب إلينا إرسال نسخة من سجلك الطبي إلى عنوان مختلف عن عنوان منزلك.

ج- الحق في إبطال موافقتك الخطية (تصريحك الخطي). يمكنك تغيير رأيك بشأن تصريحك أو موافقتك الخطية بخصوص معلوماتك السرية للغاية عن طريق إعطاء أو إرسال "بيان إبطال" خطي إلى مكتب برنامج HIPAA على العنوان المذكور أدناه. ولن ينطبق الإبطال إلى المدى الذي اتخذنا بموجبه إجراءً معتمدين على موافقتك.

6

د- الحق في معاينة معلوماتك الصحية المحمية واستنساخها. بإمكانك أن تطلب الإطلاع على ملف سجلك الطبي، وسجلات الفواتير، وسجلات أخرى مستخدمة لاتخاذ قرارات بشأن علاجك وتسديد تكلفته. وبإمكانك معاينة هذه السجلات و/أو طلب نسخ منها. وفي ظروف محدودة، بإمكاننا رفض إطلاعك على جزء من سجلاتك. وإذا أردت الإطلاع على سجلاتك، يمكنك الحصول على نموذج طلب السجلات من قسم إدارة المعلومات الصحية (السجلات الطبية). أعد النموذج بعد ملئه إلى قسم إدارة المعلومات الصحية. إذا طلبت تزويدك بنسخ، سنطلب إليك تسديد المبلغ المدرج في قائمة الأسعار. وسوف نطلب إليك أيضاً تسديد تكلفة البريد، إذا طلبت إرسال النسخ بالبريد. للحصول على نسخة من السجلات أو المواد أو المعلومات التي لا يمكن نسخها روتينياً على آلة استنساخ قياسية، مثل أفلام الأشعة السينية أو الصور، فإننا سنطلب تسديد تكلفة معقولة لقاء النسخة.

هـ- الحق في تعديل سجلاتك. يحق لك أن تطلب تعديل معلوماتك الصحية المحمية المحفوظة في ملفات السجل الطبي، وسجلات الفواتير، وسجلات أخرى مستخدمة لاتخاذ القرارات بشأن علاجك وتسديد تكلفته. إذا أردت تعديل سجلاتك يمكنك الحصول على نموذج طلب التعديل من مكتب برنامج HIPAA. وبعدها يمكنك إعادة النموذج الكامل إلى مكتب البرنامج. وسوف نستجيب لطلبك ما لم نتأكد أن المعلومات التي تود تعديلها صحيحة وكاملة أو أن ظروف أخرى تنطبق على الحالة. في حالة تقديم طلب

تعديل يتعلق بمعلومات عن علاج شخص يعاني من مرض عقلي أو إعاقة تنموية، من حقل الاستئناف لدى محكمة تابعة للولاية ضد قرارنا الخاص بالامتناع عن تعديل معلوماتك الصحية المحمية.

و- حق استلام حساب بالكشوف. يجوز أن تطلب حساب بكشوف معينة تتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية التي كشفنا عنها في أو بعد 14 أبريل (نيسان)، 2003. وهذه الكشوف يجب أن تكون واقعة قبل تاريخ طلبك، وسوف لن نعود إلى الوراء لأكثر من ست (6) سنوات سابقة لتاريخ طلبك، إذا طلبت حساباً بالكشوف أكثر من مرة خلال فترة اثني عشر (12) شهراً، سنطلب إليك تسديد التكلفة حسب قائمة الأسعار. وجّه طلبك الخاص بالحسابات إلى مكتب برنامج HIPAA.

7

ز- حق طلب فرض قيود يحق لك أن تطلب إلينا فرض قيود أو حدود على المعلومات الصحية المحمية التي نستخدمها أو نكشف عنها بشأن علاجك أو المبالغ التي تسدها أو عمليات العناية الصحية. ولسنا ملزمين بالموافقة على طلبك. فإذا وافقنا، سوف نمثل لطلبك إلا إذا كانت المعلومات مطلوبة لتقديم العلاج في حالة الطوارئ. ويجب أن يقدم طلبك الخاص بفرض قيود خطياً ويقدم إلى مكتب برنامج HIPAA ويرسل إلى العنوان المدرج أدناه.

ح - الحق في استلام نسخة ورقية من هذا الإشعار. بإمكانك الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار، بناءً على طلبك، حتى إذا كنت قد وافقت على استلام الإشعار إلكترونياً.

6- تاريخ نفاذ هذا الإشعار والمدة التي يستغرقها

أ- تاريخ النفاذ. يعتبر هذا الإشعار نافذ المفعول اعتباراً من 27 أيار (مايو) 2007.

ب- الحق في تغيير شروط هذا الإشعار. يحق لنا تغيير شروط هذا الإشعار في أي وقت. إذا غيرنا هذا الإشعار، يجوز لنا أن نجعل شروط الإشعار الجديدة نافذة المفعول لكافة المعلومات الصحية المحمية المحفوظة لدينا، بما في ذلك أية معلومات مستحدثة أو مستلمة قبل إصدار

الإشعار الجديد. إذا غيّرنا هذا الإشعار، سوف نلصق الإشعار الجديد في الأماكن العامة في كافة أنحاء المستشفى والعيادات، كما سننشره في موقعنا على الانترنت <http://www.uchospitals.edu>. ويمكنك الحصول على أي إشعار جديد عن طريق الاتصال بمكتب برنامج HIPAA.

7- مكتب برنامج HIPAA

يمكنك الاتصال بمكتب برنامج HIPAA في:

المركز الطبي التابع لجامعة شيكاغو

5841 ساوث ميريلاند أفنيو، MC1000

غرفة رقم ال - 147

شيكاغو، إلينوي 60637

هاتف رقم: (773) 9716-834