



## THE UNIVERSITY OF CHICAGO MEDICINE

### إشعار تاق يبطت الخصوصية

يُقدم لك إشعار الخصوصية هذا وفقاً لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة ("AAPIH"). إذا أردت استلام نسخة كتابية من هذا الإشعار في أي وقت، اتصل ببرنامج HIPAA للخصوصية بمكتب امتثال الشركات.

يصف هذا الإشعار طرق استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات.

برجاء مراجعة هذا الإشعار جيداً.

### 1. المؤسسة

يصف هذا الإشعار تاق يبطت الخصوصية الخاصة بك باتفاق الرعاية الصحية المنظمة بجامعة شيكاغو. وينطبق على الخدمات التي تتلقاها في:

1. المركز الطبي بجامعة شيكاغو (UCMC)، ويشمل طاقم التمريض والأطباء المقيمين والمتطوعين والعاملين الآخرين.
  2. أقسام من جامعة شيكاغو ويتلوا كراشيت في أنشطة الرعاية الصحية أو تدعمها، بما في ذلك العاملين بها من أطباء وطاقم تمريض وطلاب ومتطوعين وعاملين آخرين.
  3. أطباء المجتمع العاملين في UCMC.
- توجد قائمة بمواقع الرعاية الخاصة بنا في نهاية هذا الإشعار. ويشار إلى هذه المؤسسات مجتمعة بصيغة الجمع للمتكلم في هذا الإشعار. نتبادل معلوماتك الطبية مع بعضنا البعض بهدف معالجتك والحصول على المقابل المالي لما نقدمه من خدمات وتشغيل المستشفيات والعيادات التابعة لنا كما هو مصرح به وفقاً لبرنامج HIPAA.

### 2. ممثلوك

إذا كان عمرك أقل من 18 سنة، فعادة ما يتولى أحد كيديل أو الوصي (الأوصياء) عليك أمر خصوصيتك ومعلوماتك الطبية نيابة عنك باستثناء بعض الحالات. إذا كنت بالغاً ولديك من يقوم باتخاذ القرار نيابة عنك مثل وكيل الرعاية الصحية، فيمكنه اتخاذ القرار بشأن خصوصيتك ومعلوماتك الطبية.

### 3. مسؤوليتنا تجاه معلوماتك الطبية

نحترم خصوصية معلوماتك الطبية. في كل مرة تقوم بزيارتنا، نسجل معلومات الرعاية التي تتلقاها وتشمل المعلومات الخارجية التي تردنا بشأن الرعاية الصحية الخاصة بك والمعلومات اللازمة للحصول على المقابل المالي لما نقدمه من خدمات ("المعلومات الطبية" الخاصة بك). وتسمى هذه المعلومات الطبية "المعلومات الصحية المحمية (PHI)" تُحفظ هذه السجلات كتابة أو إلكترونياً على الكمبيوتر أو تُخزن باستخدام وسائط أخرى. UCMC مطالب بموجب القانون بما يلي:

- الحفاظ على خصوصية PHI الخاصة بك.
- إبلاغك في حال اختراق PHI غير المؤمنة الخاصة بك، إذا اقتضى القانون.
- تقديم هذا الإشعار إليك ووصف الطرق الممكنة لقيامنا باستخدام PHI الخاصة بك ومشاركتها.
- إبلاغك بحقوقك بشأن PHI الخاصة بك.
- اتباع الشروط الواردة بهذا الإشعار.

نحتفظ بالحق في إجراء تعديلات على هذا الإشعار في أي وقت وفي تطبيق ممارسات الخصوصية أو الأمان الجديدة على المعلومات الطبية لدينا. يحتوي موقع الويب الخاص بنا على أحدث إصدار من الإشعار الخاص بنا.

يمكنك الوصول إلى الإشعار الحالي في أي وقت على <http://hipaa.bsd.uchicago.edu/npp.html>. يمكنك أيضًا طلب نسخة كتابية من هذا الإشعار من برنامج HIPAA للخصوصية بمكتب امتثال الشركات.

#### **4. الطرق الممكنة لقيامنا باستخدام معلوماتك الطبية ومشاركتها**

يوضح هذا الإشعار الطرق الممكنة لقيامنا باستخدام معلوماتك الطبية ومشاركتها بهدف تقديم الرعاية الصحية والحصول على المقابل المالي عن هذه الرعاية وتشغيل مؤسساتنا. يصف هذا القسم أيضًا العديد من الحالات الأخرى حيث يمكننا استخدام معلوماتك الطبية ومشاركتها. لا نحتاج إلى تفويض (تصريح) منك لاستخدام معلوماتك الطبية في الحالات التالية:

##### **1. العلاج**

نحتفظ بالسجلات الخاصة بما نقدمه لك من رعاية وخدمات. يجوز لنا استخدام معلوماتك الطبية ومشاركتها مع الأطباء أو طاقم التمريض أو الفنيين أو طلاب الطب أو التمريض أو أي شخص آخر يحتاج إلى هذه المعلومات للقيام برعايتك. مثال 1: قد يحتاج طبيب يقوم بعلاج مريض ما مصاب بكسر في إحدى رجليه إلى استشارة طبيب آخر إذا كان المريض مصابًا بمرض السكري، فهذا المرض قد يبطل عملية شفاء الرجل المكسورة. قد يشمل هذا التحدث إلى أطباء وأفراد آخرين غير عاملين لدينا. إذا كان هؤلاء الأشخاص مشتركين في الرعاية الصحية الخاصة بالمريض، يجوز لنا الإفصاح لهم عن المعلومات الطبية للمريض بغرض علاجه. مثال 2: نستخدم المعلومات الطبية لإبلاغك بشأن ما نقدمه من منتجات أو خدمات تتعلق بصحتك والبدائل العلاجية الموصى بها ولتقديم المعلومات حول المنافع أو الخدمات الصحية التي قد تهمك.

##### **2. المقابل المالي**

يجوز لنا استخدام المعلومات الخاصة بك ومشاركتها حتى يمكننا نحن ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين، الذين قدموا خدمات لك كشركات الإسعاف، تلقي المقابل المالي عن هذه الخدمات.

يجوز استخدام معلوماتك للحصول على المقابل المالي منك أو من شركة التأمين الخاصة بك أو أي شخص تقوم بتحديدته. مثال: تقدم المطالبات بشأن الخدمات المقدمة باستخدام المعلومات الطبية عن الخدمات المقدمة للحصول على المقابل المالي من شركات التأمين وتشمل شركة Medicare وأفراد العائلة أو من هم مسؤولين عن سداد فاتورة المريض.

##### **3. عمليات الرعاية الصحية**

يجوز لنا استخدام معلوماتك ومشاركتها من أجل مهام العمل الضرورية لأعمالنا وتشمل على سبيل المثال تحسين جودة الرعاية أو تدريب فريق العمل والطلاب أو تقديم خدمات للعملاء أو القيام بما هو مطلوب من واجبات تتعلق بالأعمال لتقديم خدمة أفضل للمرضى والمجتمع. يجوز لنا أيضًا مشاركة معلوماتك الطبية مع من نقوم بتعيينهم لمساعدتنا على تقديم الخدمات والبرامج.

##### **4. الأقرباء والأصدقاء المقربين ومقدمو الرعاية**

يجوز لنا مشاركة معلوماتك الطبية مع أحد أفراد عائلتك أو أقربائك أو أصدقائك المقربين أو أي شخص آخر تقوم بتحديدته في حال عدم اعتراضك على الإفصاح عن معلوماتك أو موافقتك على مشاركتها معهم. إذا كنت غير قادر، لسبب ما كحالة طبية طارئة، على الموافقة أو الرفض، يجوز لنا اللجوء لتقديرنا المهني لتقرير ما إذا كانت مشاركة معلوماتك في صالحك أم لا. ويشمل ذلك المعلومات الخاصة بمكانك وحالتك العامة.

##### **5. الاتصال بك**

يجوز لنا استخدام معلوماتك الطبية ومشاركتها للاتصال بك بشأن المواعيد والأمر الأخرى عن طريق البريد أو الهاتف أو البريد الإلكتروني. عند الاتصال بك على الرقم الذي أعطيتنا بشأن مواعيدك، يجوز لنا استخدام اسمك والعيادة والمكان والطبيب أو مقدم رعاية آخر أنت على موعد معه في أي رسالة نتركها لك على جهاز الرد على المكالمات أو مع أي شخص يرد على الهاتف. ولننضم بأي طلب معقول نتقدم به لتتلقى التذكير بالمواعيد بطريقة أخرى. يجوز لنا كذلك الاتصال بك للمتابعة بشأن نتائج التحاليل أو الرعاية التي تلقيتها أو لإبلاغك بشأن خيارات العلاج أو المنتجات أو الخدمات الصحية التي قد تهمك.

##### **6. دليل المريض**

يجوز لنا تلقائيًا إدراج اسمك ومكانك بالمستشفى والحالة الصحية العامة والانتماء الديني في دليل المرضى بالمستشفى لدينا ما لم

تخبرنا بعدم رغبتك في ذلك. يجوز مشاركة المعلومات الموجودة بالدليل في المواقف الطارئة ومع رجال الدين. ويجوز مشاركة معلومات الدليل بخلاف الانتماءات الدينية مع أي شخص يسأل عنك بالاسم.

### 7. جمع التبرعات

يجوز لنا استخدام معلومات محدودة عنك (مثل اسمك وعنوانك ورقم هاتفك وتاريخ ميلادك وجنسك وتواريخ تلقيك الرعاية الصحية لدينا وطبيبك المعالج والمعلومات النهائية وحالة التأمين الصحي) للاتصال بك بهدف جمع التبرعات لصالح ما نقدمه من برامج وخدمات. يمكنك عدم قبول هذه الاتصالات في أي وقت عن طريق الاتصال بمكتب التطوير لدينا عبر الهاتف على 9166---834 (773) أو عن طريق البريد الإلكتروني [go.edusupportUCMC@bsd.uchica](mailto:go.edusupportUCMC@bsd.uchica)

### 8. البحث

نجري الأبحاث في UCMC. يجوز للباحثين لدينا استخدام معلوماتك أو مشاركتها دون تفويض منك في حال (أ) حصولهم على تصريح بذلك من الفريق المشرف على البحث، أو (ب) استخدام بيانات المريض في الإعداد لدراسة بحثية ما، أو (ج) إذا كان البحث قاصرًا على بيانات المرضى المتوفين.

### 9. التصريح والالتزام بموجب القانون

نحن مطالبون ومصرح لنا بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية والقوانين المحلية بمشاركة المعلومات الطبية مع هيئات حكومية وجهات أخرى بعينها. فعلى سبيل المثال، يجوز لنا مشاركة معلوماتك الطبية للقيام بالآتي:

- الإبلاغ عن المعلومات إلى هيئات الصحة العامة لأغراض الوقاية من أمراض أو إصابات أو إعاقات ما أو التحكم فيها.
- الإبلاغ عن إساءة أو إهمال إلى الهيئات الحكومية، وتشمل هيئات الخدمات الاجتماعية أو خدمات الحماية.
- الإبلاغ عن معلومات بشأن المنتجات والخدمات إلى إدارة الغذاء والدواء FDA.
- تحذير أي شخص مُعرض لمرض مُعدي ما أو قد يكون معرضًا لخطر الإصابة بمرض أو حالة صحية ما أو نشرهما.
- الإبلاغ عن المعلومات إلى جهة العمل الخاصة بك كما يقتضي الأمر بموجب القوانين بشأن الأمراض أو الإصابات المتعلقة بالعمل أو الإشراف الطبي بمكان العمل.
- الوقاية من خطر وشيك يهدد شخص ما لصالح الصحة أو السلامة العامة أو يهدد هيئات حكومية معينة ذات وظائف خاصة أو الحد منه.
- تقديم شهادة تطعيم الطلاب إلى المدرسة أو الجامعة الخاصة بك.

يجوز لنا أيضًا مشاركة معلوماتك الطبية:

- مع هيئة إشراف حكومية تشرف على نظام الرعاية الصحية وتضمن اتباع قوانين البرامج الصحية التابعة للحكومة والقوانين الأخرى المنطبقة علينا.
- كجزء من إجراء قضائي أو إداري استجابة لأمر قانوني أو إجراء قانوني آخر.
- مع الشرطة أو مسؤولي تطبيق القانون الآخرين مثل الإبلاغ عن بعض الإصابات الجسدية أو الجرائم أو الضحايا أو المرضى المجهولين.
- لصالح البرامج الحكومية الخاصة مثل البرامج المتعلقة بالمحاربين القدامى أو القوات المسلحة.

### 10 التبرع بالأعضاء والأنسجة

يجوز لنا إعطاء معلوماتك الطبية للمنظمات التي تدير عملية التبرع بالأعضاء، والأنسجة، والعيون وزرعها.

### 11. المرضى المتوفون

يجوز لنا مشاركة المعلومات الطبية التي تخص المرضى الذين وافتهم المنية مع الطبيب الشرعي أو الطبيب أو مسؤول حفل التآبين.

### 5. الاستخدامات الأخرى لمعلوماتك الطبية

لن نستخدم معلوماتك الطبية أو نشاركها لأي سبب عدا الأسباب المذكورة في هذا الإشعار إلا بالحصول على تفويض مكتوب مُوقع بواسطتك أو بواسطة ممثلك الشخصي. التفويض هو مستند تقوم بالتوقيع عليه، ويسمح لنا باستخدام معلومات محددة أو نشرها لأغراض معينة. على سبيل المثال، إذا كنت ترغب في إرسال معلوماتك الطبية لأحد أفراد عائلتك، يُطلب منك التوقيع على تفويض.

نحصل على إذن كتابي منك:

- قبل مشاركة معلوماتك الشديدة الخصوصية لأي غرض ال يسمح به القانون، بما في ذلك المعلومات حول:
- استغلال أو إهمال طفل أو شخص كبير السن أو شخص بالغ ذي احتياجات خاصة.
- فحص الجينات.
- اختبار فيروس HIV/AIDS أو تشخيصه أو علاجه.
- الإخصاب في المختبر (IVF).
- إعاقات الصحة العقلية والنمو.
- الأمراض المنقولة جنسياً.
- الاعتداء الجنسي.
- لاستخدام معلوماتك الطبية أو نشرها للاتصال بك للتسويق لمنتجات وخدمات جهات أخرى.
- لبيع معلوماتك الطبية.

لن تُنشر ملاحظات الصحة العقلية (الملاحظات المُدونة من قبل مقدم خدمات الصحة العقلية الخاص بك) إلا بعد الحصول على إذن كتابي منك وبعد موافقة مُقدم خدمة الصحة العقلية. يجوز لك تغيير رأيك حول هذا التفويض في أي وقت بإرسال "بيان إلغاء" مكتوب إلى برنامج HIPAA للخصوصية في مكتب امتثال الشركات. لن يتم تنفيذ الإلغاء إذا كنا قد اتخذنا إجراءات معتمدة على الإذن الخاص بك.

## 6. الحقوق الخاصة بمعلوماتك الطبية

### 1. الإطلاع على معلوماتك الطبية واستلام نسخة منها

يجوز الوصول إلى ملف السجل الطبي الخاص بك واستلام نسخة منه، وكذلك سجلات الفواتير والسجلات الأخرى المشابهة المُستخدمة في اتخاذ القرارات المرتبطة بالعلاج والحصول على المدفوعات مقابل الخدمات. يجوز لنا منع الوصول لقسم من السجلات في حالات محددة. إذا كنت ترغب في الإطلاع على سجلاتك أو استلام نسخة منها، اتصل بإدارة المعلومات الصحية (السجلات الطبية) على 1637---702 (773). وسيُطلب منك إكمال نموذج طلب سجل وتوقيعه وإعادته إلينا مرة أخرى. تكون ملزماً بدفع التكاليف المعقولة الخاصة بالنسخ والإرسال بالبريد بالحد الذي يسمح به قانون الدولة.

### 2. تلقي الاتصالات السرية

يجوز أن تطلب إرسال الأوراق التي تحتوي على معلوماتك الصحية المحمية إلى مكان مختلف عن العنوان الذي أعطيته لنا، أو إرسالها بطريقة خاصة. تحتاج لطلب ذلك منا كتابةً. نحاول تلبية أي طلب معقول. على سبيل المثال، يجوز أن تطلب إرسال نسخة من سجلاتك الطبية إلى عنوان مختلف عن عنوان منزلك.

### 3. تعديل سجلات محددة

يحق لك طلب تعديل (بالتصحيح أو بالإضافة) معلوماتك الطبية التي نمتلكها. إذا كنت تعتقد أن معلوماتك غير دقيقة أو غير كاملة وكنت ترغب في تعديلها، يجوز لك الحصول على نموذج طلب تعديل من برنامج HIPAA للخصوصية في مكتب امتثال الشركات. وسنقرر ما إذا كنا سنلبي طلبك أو نرفضه في حالات محددة.

### 4. استلام حساب للكشف

يجوز أن تطلب قائمة (حساب) بالأشخاص أو المنظمات خارج UCMC، والتي شاركنا (نشرنا) معها معلوماتك الطبية. لن تتضمن هذه القائمة المعلومات التي كشفنا عنها:

- لك
- للحصول على علاجك
- للحصول على المدفوعات مقابل العلاج
- طبقاً للتفويض الخاص بك، أو
- حسبما ذكر في هذا الإشعار.



الأجنحة الخاصة بجامعة شيكاغو في النظام الصحي لجامعة NorthShore بمستشفى Glenbrook  
جراحات جامعة شيكاغو بمستشفى Weiss Memorial  
الجراحة البولية النسائية والجراحة للحوض ميمرت ضو حلا بجامعة شيكاغو، Hinsdale  
الجراحة البولية النسائية والجراحة للحوض ميمرت ضو حلا بجامعة شيكاغو، Riverside  
طب الجهاز البولي بجامعة شيكاغو، Munster

### المزيد من المعلومات وتقديم الشكاوى

إذا كنت ترغب في الحصول على المزيد من المعلومات حول حقوق الخصوصية أو كانت لديك شكوك أننا قد خالفنا حقوق الخصوصية أو كنت غير موافق على أي قرار اتخذناه بشأن الوصول إلى معلوماتك الطبية المحمية، يمكنك الاتصال ببرنامج HIPAA للخصوصية في مكتب امتثال الشركات. يمكنك أيضاً تقديم شكاوى مكتوبة إلى مكتب الحقوق المدنية (CRO) الخاص بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة. يُقدم لك برنامج HIPAA للخصوصية عنوان OCR الصحيح عندما تطلب ذلك. لن نتخذ ضدك أي إجراءات إذا قمت بتقديم شكوى لنا أو إلى OCR. يمكنك الاتصال ببرنامج HIPAA للخصوصية على:

**Medicine The University of Chicago**  
**HIPAA Privacy Program · Office of Corporate Compliance**  
**MC1000 · South Maryland Avenue 5841**  
**IL 60637 · Chicago**  
رقم الهاتف: 834--9716 (773)