

هذا البيان يوضح الطريقة التي يتم التعامل او التداول
مع معلوماتك الطبية ومع مَنْ من الاشخاص الذين
بإمكانهم الحصول على هذه المعلومات

معلوماتك

حقوقك

مسؤوليتنا

«» اقرأ صفحة 2
من اجل المزيد من الحقوق
وكيفية الحصول عليها

- * الحصول على نسخة ورقية او الكترونية من سجلك الطبي.
- * تصحيح سجلك الطبي ورقياً او الكترونياً .
- * طلب سرية التعامل .
- * طلب تحديد المعلومات التي يتم تبادلها .
- * الحصول على قائمة بمعلوماتك التي تم تبادلها ومع من تم ذلك.
- * الحصول على نسخة من اشعار الخصوصية .
- * اختيار شخص ينوب عنك .
- * تقديم شكوى اذا كنت تعتقد بأن حقك بالخصوصية قد انتهك .

حقوقك

لديك بعض الخيارات في الطريقة التي نستخدم و نتداول بها معلوماتك ونحن :

«» اقرأ صفحة 3
من اجل المزيد من الخيارات
وكيفية الحصول عليها

- * نبليغ العائلة والاصدقاء عن وضعك.
- * تقديم الاغاثة في حالات الكوارث .
- * تقديم الرعاية للصحة النفسية .
- * تسويق خدماتنا وبيع معلوماتك .
- * جمع التبرعات الماليه .

اختياراتك

ربما نستخدم ونتداول معلوماتك ونحن :

«» اقرأ صفحة 3 و 4
من اجل المزيد من المعلومات
عن هذه الاستخدامات

- * نعالجك .
- * ننظم عملنا .
- * الحصول على الدفع المالي للخدمات المقدمة لك .
- * التعاون مع الصحة والسلامة العامة .
- * عمل ابحاث .
- * الامتثال للقانون .
- والافصاحات
- * الاستجابة لطلبات تبرعات الاعضاء والانسجة .
- * العمل مع الطبيب الشرعي و مدير المدفن .
- * ابلاغ تعويضات العمال وتطبيق القانون والامتثال للطلبات القانونية .
- * الامتثال للدعوى القضائية والاجراءات القانونية .

الاستخدامات
و الافصاحات

حقوقك

عندما يتعلق الامر بمعلوماتك الصحية , فأنت تملك حقوق معينة .

هذه الصفحة تشرح لك حقوقك وبعض مسؤولياتنا لمساعدتك .

الحصول على نسخة الكترونية او ورقية من سجلك الطبي
* تستطيع ان ترى او تحصل على نسخة الكترونية او ورقية من سجلك الطبي او اي معلومات صحية اخرى توجد لدينا تتعلق بك . اسألنا كيفية الحصول عليها .
* سنقوم بتجهيز نسخة او خلاصة عن معلوماتك الطبية عادةً خلال 30 يوم من طلبك . سوف تكون التكلفة معقولة على اساس رسوم التسجيل .

اطلب منا تصحيح معلوماتك الطبية
* يمكنك ان تطلب منا تصحيح المعلومات الطبية العائدة لك والتي تعتقد انها غير صحيحة او غير كاملة .
اسألنا كيف يتم ذلك
* قد نرفض طلبك ونقول " لا " ولكن سنقول لك لماذا في اشعار كتابي خلال 60 يوم .

طلب سرية الاتصالات
* يمكنك ان تطلب منا طريقة معينة للتواصل مثل -رقم هاتف البيت او الدائرة -او ارسال البريد الى عنوان مختلف .
* سوف نقول نعم لكل الطلبات المعقولة .

اطلب تحديد ما نستخدم او نتبادل من معلومات مع جهات اخرى
* يمكنك ان تطلب منا عدم استخدام او تقاسم معلومات طبية معينة تتعلق بالعلاج , الاقساط او اجراءاتنا موافقتنا غير مطلوبة على طلبك . وربما نقول لا اذا كان من شأنه ان يؤثر على العناية بك
* اذا كنت تدفع لخدمات او مستلزمات الرعاية الصحية من جيبك الخاص كاملاً بأمكانك الطلب منا عدم تبادل هذه المعلومة من اجل اغراض الدفع او اجراءاتنا مع شركة تأمينك الصحي سوف نقول نعم الا اذا كان القانون يتطلب منا تبادل هذه المعلومات .

الحصول على قائمة بالجهات التي تم تبادل المعلومات معها
* بإمكانك طلب قائمة بالاوقات (عدد المرات) التي تم تبادل معلوماتك الصحية بها خلال 6 سنوات من تاريخ طلبك ومع من تم تبادلها و لماذا .
* سوف نرفق كل الافصاحات ماعدا التي تتعلق بالعلاج , الاقساط و اجراءات الرعاية الطبية وافصاحات اخرى معينة مثل اي طلب تريد ان نقوم به . سنقوم بتزويدك بقائمة واحدة لمدة سنة مجاناً ولكن سوف نتقاضى منك مبلغ معقول مبني على اساس رسوم التسجيل اذا رغبت بالحصول على قائمة اخرى لمدة سنة .

الحصول على نسخة من هذا الاشعار (اشعار الخصوصية)
* يمكنك طلب الحصول على نسخة ورقية من هذا الاشعار في اي وقت حتى اذا كنت قد وافقت على استلامه الكترونياً . سوف نقوم بتزويدك بالنسخة الورقية حالاً .

اختيار شخص ينوب عنك
* اذا كنت قد اعطيت لشخص صلاحية تمثيلك في الامور الطبية او اذا كان هذا الشخص الوصي او الولي القانوني فيكون عندها له الحق باستخدام حقوقك و الاختيار بما يتعلق بمعلوماتك الصحية .
* نحن سوف نتأكد بأن هذا الشخص له الصلاحية بتمثيلك قبل اتخاذ اي اجراء .

تقديم شكوى اذا كنت تشعر ان حقوقك قد انتهكت
* يمكنك تقديم شكوى اذا كنت تشعر اننا قد انتهكنا حقوقك يمكنك ذلك عن طريق التواصل معنا باستخدام المعلومات الموجودة في الصفحة الاولى .
* يمكنك تقديم شكوى عن طريق ارسال رساله للعنوان ادناه , الاتصال او زيارة الموقع الالكتروني :

U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES OFFICE FOR CIVIL RIGHTS
200 INDEPENDENCE A VENUE, S.W, WASHINGTON, D.C
1-877-696-6775

WWW.HHS.GOV/ocr/privacy/hippa/complaints/

* نحن لن ننتقم لتقديمك شكوى ضدنا .

اختياراتك

من اجل معلومات صحية معينة , يمكنك ان تعلمنا بخياراتك عن ماذا يمكن ان نتداول . اذا كان لديك خيار واضح عن كيفية تداول معلوماتك في الحالات المبينة ادناه , تكلم معنا . اعلمنا ماذا تريدنا ان نفعول وسوف نتبع تعليماتك .

- * تبادل المعلومات مع عائلتك , اصدقائك المقربين , او اي شخص مهتم برعايتك .
- * تبادل المعلومات من اجل الاغاثة في حالات الكوارث .

في هذه الحالات , لديك
كلاً من الحق والاختيار
لأعلامنا

اذا كنت غير قادر على ابلاغنا عن خيارك على سبيل المثال اذا كنت فاقد الوعي فنحن سنمضي قدماً وتبادل معلوماتك اذا كنا نعتقد انها من اجل مصلحتك . واننا ايضاً يمكن ان نتبادل معلوماتك عند الحاجة لتخفيف من خطر وشيكاً يهدد الصحة والسلامة .

- * اغراض تسويقية .
- * بيع معلوماتك .
- * التبادل لاغراض ملاحظات العلاج النفسي .

في هذه الحالات نحن لن
نقوم ابدأ بتبادل معلوماتك
الا اذا اعطينا تصريح
كتابي بذلك

- * نحن قد نتصل بك من اجل جمع التبرعات , ولكن بإمكانك ان تطلب منا عدم الاتصال بك مرة اخرى .

في حالة جمع التبرعات

استخداماتنا و الافصاحات

كيف نقوم عادةً باستخدام او تبادل معلوماتك الصحية ؟
نحن عادةً نستخدم و نتبادل معلوماتك الصحية بالطرق التالية .

مثال : طبيب يقوم بعلاجك من اصابة ما يسأل طبيب
اخر عن حالتك الصحية العامة .

* يمكننا استخدام معلوماتك الصحية و تقاسمها مع
الغير من المهنيين الذين يقومون بعلاجك

معالجتك

مثال : نحن نستخدم المعلومات الصحية المتعلقة بك
لترتيب العلاج والخدمات المقدمة لك .

* يمكننا استخدام وتقاسم معلوماتك الصحية لاجل
القيام بعملنا . وتحسين رعايتك , والاتصال بك
عند الحاجة .

ترتيب عمل
منظمتنا

مثال : سنقوم بأعطاء معلومات تتعلق بك لشركة
تأمينك الصحي لتقوم بالدفع لخدمات المقدمة لك

* يمكننا استخدام وتقاسم معلوماتك الصحية لاجل
الحصول على الدفع او الاقساط من شركة تأمينك
او اي كيانات اخرى

الحصول على دفع
مقابل الخدمات
المقدمة لك

كيف يمكننا بطرق أخرى ان نستخدم او نتداول معلوماتك الطبية ؟ نحن مسموح لنا او مطلوب منا ان نتقاسم معلوماتك الطبية بمختلف الطرق – عادةً بالطرق التي تخدم المصلحة العامة مثل الصحة العامة والابحاث . يجب علينا تلبية شروط عديدة في القانون قبل ان نتداول معلوماتك لهذه الاغراض .لمزيد من المعلومات قم بزيارة الموقع التالي :

www.hhs.gov/ocr/privacy/hippa/understanding/consumers/index.html

<p>* يمكننا تقاسم المعلومات الطبية المتعلقة بك وحالات معينة مثل :</p> <ul style="list-style-type: none">* الوقاية من الامراض بما في ذلك تقارير التلقيحات .* المساعدة في سحب المنتجات .* الابلاغ من رد فعل سلبي من الدواء .* الابلاغ عن حالات المشتبه بها كالايداء , الاهمال , العنف المنزلي .* المنع او الحد من خطر يهدد صحة او سلامة اي شخص .	<p>المساعدة لاغراض الصحة والسلامة العامة</p>
<p>* يمكننا استخدام او تقاسم معلوماتك من اجل الابحاث الطبية .</p>	<p>عمل الابحاث</p>
<p>* يمكننا ان نتقاسم المعلومات المتعلقة بك اذا كان قانون الولاية او الفدرالي يطلب ذلك بما في ذلك مع دائرة الصحة والخدمات الانسانية اذا كانت هذه الدائرة ترغب في الاطلاع على هذه المعلومات فنحن نقوم بالامتثال مع قانون الخصوصية الفدرالي .</p>	<p>الامتثال للقانون</p>
<p>* يمكننا ان نتقاسم المعلومات التي تتعلق بك مع منظمة تحصيل الاعضاء .</p>	<p>الاستجابة لطلبات تبرعات الاعضاء و الانسجة</p>
<p>* يمكننا تقاسم المعلومات الصحية مع المحقق في اسباب الوفيات , الطبيب الشرعي , او مدير المدفن في حالات الموت الفردي .</p>	<p>العمل مع الطبيب الشرعي و مدير المدفن</p>
<p>* يمكننا ان نستخدم او نتقاسم المعلومات الصحية الخاصة بك :</p> <ul style="list-style-type: none">* لاجل مطالب تعويض العمال .* لغرض تنفيذ القانون او موظفي تنفيذ القانون .* مع وكالات الرقابة الصحية من اجل الانشطة المرخصة قانونياً .* مع جهات حكومية ذات وظائف خاصة مثل الجيش , الامن القومي ,	<p>ابلاغ تعويضات العمال , تطبيق القانون , و الطلبات الحكومية الاخرى</p>
<p>* يمكننا تداول المعلومات الصحية الخاصة بك استجابة لطلب المحكمة او امر اداري , او منكرة احضار للمحكمة .</p>	<p>الاستجابة للدعاوي القضائية والاجراءات القانونية</p>

لطلب السجلات , تعديلات , القيود , الحسابات وسرية الاتصالات .

LINCOLN – LANCASTER COUNTY HEALTH DEPARTMENT
3140 N STREET
LINCOLN, NE 68510

مركز لنكن للحرائق والإنقاذ
901 West Bond #200
Lincoln, NE 68510

دائرة الصحة العامة والزيارات المنزلية

خدمات صحة الاسنان

طلب السجلات الطبية

السجلات الطبية /خدمات المجتمع
402-441-8065

دائرة اخصائي الاسنان
402-441-6972

402-441-8353

مسؤوليتنا

- * يلزم علينا بموجب القانون الحفاظ على سرية وامن معلوماتك الصحية .
- * سنقوم بأبلاغك مباشرة اذا حدث خرق قد يكون خطراً على سرية او امن معلوماتك .
- * نحن يجب ان نتبع واجبات و ممارسات الخصوصية التي تم توضيحها في هذا الإشعار و اعطائك نسخة منه .
- * نحن لانستخدم او نتقاسم معلوماتك بخلاف ما هو موضح هنا إلا اذا كنت قد طلبت منا ذلك في اشعار كتابي . اذا كنت قد اعلمتنا بإمكاننا فعل ذلك وكنت قد غيرت رأيك في اي وقت . دعنا نعلم بتغيير رأيك بأشعار كتابي .

لمزيد من المعلومات قم بزيارة الموقع

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

التغيرات في شروط هذا الإشعار

يمكننا تغيير شروط هذا الإشعار , وسيتم تطبيق هذه التغيرات على كافة المعلومات التي لدينا . الإشعار الجديد سيكون موجود عند طلبك في مكتبنا او على الموقع الالكتروني .

ساري المفعول من
May 15, 2015

- اشعار الخصوصية هذا يطبق على برامج دائرة الصحة لنكن – لانكستر التالية :
- * عيادات الصحة العامة .
 - * برنامج الزيارات المنزلية للامومة و الطفل .
 - * تنمية الطفولة المبكرة .
 - * برنامج صحة الاسنان .

لمزيد من المعلومات او الابلاغ عن مشكلة , اتصل بالضباط المختصين .

Kathleen Cook
City Privacy Officer
Lincoln- Lancaster County Health Department
3140 N STREET, room 2231
Lincoln, ne 68510
402-441-8092

Sherrie Meints
Fire Privacy Officer
Lincoln Fire & Rescue
901 West Bond, Suite 200
Lincoln, NE 68521
402-441-6686

