

إشعار ممارسات الخصوصية

معلوماتك. حقوقك. مسئولياتنا.

يصف هذا الإشعار كيف يمكن استخدام المعلومات الطبية المتعلقة بك والإفصاح عنها وكيف يمكنك الحصول على هذه المعلومات. يرجى مراجعتها بعناية.

إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص هذا الإشعار، يرجى الاتصال بمسؤول الخصوصية في إدارة DDS عبر PrivacyOfficer@dds.ca.gov

من سيلتزم بهذا الإشعار

- يصف هذا الإشعار ممارسات إدارتنا وممارسات التالي:
- أي متخصص في الرعاية الصحية بإدارة DDS مخول بإدخال المعلومات في سجلك الصحي.
 - جميع المرافق التي يتم تشغيلها بواسطة DDS.
 - أي عضو في مجموعة تطوعية نسمح له بمساعدتك أثناء وجودك تحت رعايتنا.
 - جميع أعضاء القوى العاملة والمتعاقدين لدى DDS.
 - أي شركاء أعمال، بما في ذلك المراكز الإقليمية، نتعاقد معهم لتقديم الخدمات نيابة عنا. يُطلب من شركاء الأعمال هؤلاء بموجب القانون حماية معلوماتك الصحية والامتثال لنفس معايير الخصوصية القانونية التي تلتزم بها منظمنا.
- تلتزم جميع هذه الجهات والمواقع والأماكن بشروط هذا الإشعار. بالإضافة إلى ذلك، قد تقوم هذه الجهات والمواقع والأماكن بمشاركة معلوماتك مع بعضها البعض لأغراض العلاج أو المدفوعات أو عمليات الرعاية الصحية الموضحة في هذا الإشعار.

التعهد الذي نلتزم به فيما يتعلق بالمعلومات الطبية والنفسية والسلوكية

- نحن ندرك أن المعلومات المتعلقة بك وبصحتك هي معلومات شخصية.

- نحن ملتزمون بحماية المعلومات الخاصة بك.
- نقوم بإعداد سجل للرعاية والخدمات التي تتلقاها. نحن بحاجة إلى هذا السجل لتزويدك برعاية عالية الجودة والامتثال لمتطلبات قانونية معينة. ينطبق هذا الإشعار على جميع سجلات الرعاية الخاصة بك التي تم إعدادها بواسطة DDS، سواء تم إجراؤها من قبل موظفيها أو مقدم الخدمة. يرجى ملاحظة أن مقدم الخدمة الخارجي قد يكون لديه سياسات أو إشعارات مختلفة فيما يتعلق باستخدام معلوماتك والإفصاح عنها والتي تم إعدادها في مكتب مقدم الخدمة الخارجي أو عيادته.
- يخبرك هذا الإشعار بالطرق التي قد نستخدم بها المعلومات الخاصة بك ونُفصح عنها. نحن نوضح أيضًا حقوقك وبعض الالتزامات التي تقع على عاتقنا فيما يتعلق باستخدام معلوماتك والإفصاح عنها.

نُلمزنا القانون بما يلي:

- التأكد من الحفاظ على خصوصية المعلومات التي تحدد هويتك (مع بعض الاستثناءات)؛
- إعطاؤك هذا الإشعار بواجباتنا القانونية وممارسات الخصوصية الخاصة بنا فيما يتعلق بمعلوماتك؛
- نشر هذا الإشعار في مكان واضح حتى تتمكن من رؤيته، وجعله متاحًا إلكترونيًا من خلال موقعنا على الإنترنت؛
- إبلاغك بشأن أي انتهاك لمعلوماتك الصحية؛
- عدم التمييز على أساس العرق أو اللون أو الدين أو الأصل القومي أو الجنس أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو العمر أو الإعاقة؛ و
- الالتزام ببنود الإشعار المعمول به حاليًا.

كيف يمكننا استخدام المعلومات الطبية والنفسية والسلوكية الخاصة بك والإفصاح عنها

تصف الفئات التالية الطرق المختلفة التي نستخدم بها المعلومات ونُفصح عنها. بالنسبة لكل فئة من عمليات الاستخدام والإفصاح، سنشرح ما نعنيه ونحاول تقديم بعض الأمثلة. لن يتم إدراج كل استخدام أو إفصاح تم في الفئة. ومع ذلك، ستكون جميع الطرق التي يُسمح لنا باستخدام المعلومات والإفصاح عنها ضمن إحدى تلك الفئات. لن يتم القيام بعمليات استخدام وإفصاح غير موضحة في هذا الإشعار إلا بعد تحويل كتابي منك.

(1) الإفصاح بناءً على طلب منك

يجوز لنا الإفصاح عن المعلومات بناءً على طلب منك. قد يتطلب هذا التحويل، بناءً على طلب منك، الحصول على إذن كتابي منك.

(2) للعلاج

يجوز لنا استخدام المعلومات الخاصة بك لتزويدك بالعلاج أو الخدمات الطبية. يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك للأطباء أو طاقم التمريض أو الفنيين أو طلاب الرعاية الصحية أو غيرهم من الموظفين المشاركين في رعايتك. على سبيل المثال، قد يحتاج الطبيب الذي يعالجك من كسر في الساق إلى معرفة ما إذا كان لديك داء السكري لأن داء السكري قد يبطئ عملية الشفاء؛ وقد يحتاج الطبيب الذي يعالجك من حالة صحية نفسية إلى معرفة الأدوية التي تتناولها حاليًا، لأن الأدوية قد تؤثر على الأدوية الأخرى التي قد توصف لك.

(3) لتسديد مبلغ

يجوز لنا استخدام المعلومات الخاصة بك والإفصاح عنها حتى يمكن إرسال فواتير العلاج والخدمات التي تتلقاها إليك وتحصيل الدفع منك أو من شركة تأمين أو طرف ثالث. على سبيل المثال، قد نحتاج إلى تقديم معلومات حول العلاج الذي تلقينته إلى برنامجك الصحي حتى يقوم بتسديد ثمن العلاج لنا أو تعويضك عنه.

(4) لعمليات الرعاية الصحية

يجوز لنا استخدام المعلومات الخاصة بك والإفصاح عنها لعمليات الرعاية الصحية. حالات الاستخدام والإفصاح هذه ضرورية لتشغيل منشأتنا والتأكد من حصول جميع عملائنا على رعاية عالية الجودة. على سبيل المثال، قد نستخدم المعلومات للنظر في العلاجات والخدمات التي نقدمها وتقييم أداء موظفينا في رعايتك.

(5) عمليات الاستخدام والإفصاح العرضية

هناك بعض عمليات الاستخدام والإفصاح لمعلوماتك الصحية تحدث بشكل عَرَضي أثناء تقديم الخدمات لك أو إجراء أعمالنا. على سبيل المثال، قد يسمع الأشخاص الآخرون الذين ينتظرون في نفس المنطقة اسمك. وسنبذل أقصى الجهود للحد من حدوث عمليات الاستخدام والإفصاح العرضية هذه.

(6) أعمال جمع التبرعات

يجوز لنا استخدام المعلومات الخاصة بك لأغراض جمع التبرعات، ولكن فقط مع وجود تخويل موقع ساري المفعول منك. بالإضافة إلى ذلك، لن تتلقى أو تكون جزءًا من المراسلات المتعلقة بجمع التبرعات.

(7) أفراد الأسرة أو غيرهم ممن تحددهم

إذا تم تقديم طلب للحصول على معلومات من قبل زوجك أو أحد والديك أو طفلك أو شقيقك ولم تتمكن من منح تخويل بإصدار هذه المعلومات، فإننا ملزمون بإخطار الشخص الذي طلب المعلومات بوجودك في منشأتنا. ما لم تطلب عدم تقديم هذه المعلومات، يتعين علينا بذل محاولات معقولة لإخطار أقرب أقربائك أو أي شخص آخر تعينه، عند إخراجك من المستشفى أو نقلك أو إخطاره بمرضك الخطير أو إصابتك أو وفاتك فقط بناءً على طلب من أحد أفراد الأسرة.

(8) دليل المنشأة

يجوز لنا تضمين بعض المعلومات المحدودة عنك في دليل داخلي أثناء كونك منتفعًا في منشأتنا. قد تتضمن هذه المعلومات اسمك وموقعك في المستشفى وحالتك العامة (على سبيل المثال، جيدة، مقبولة، وما إلى ذلك) وانتمائك الديني. ما لم يكن هناك طلب كتابي محدد منك بخلاف ذلك، قد يتم أيضًا الإفصاح عن معلومات الدليل هذه، باستثناء انتمائك الديني، للأشخاص الذين يسألون عنك بالاسم. من الممكن أن يتم الإفصاح عن انتمائك الديني لأحد رجال الدين، مثل الكاهن أو الحاخام، حتى لو لم يسألوا عن اسمك. يتم نشر هذه المعلومات حتى يتمكن أفراد أسرته وأصدقاؤك ورجال الدين من زيارتك ومعرفة أحوالك بشكل عام.

(9) للأفراد المسؤولين عن رعايتك أو تسديد تكاليف رعايتك

يجوز لنا الإفصاح عن معلومات عنك لصديق أو فرد من العائلة تم تعيينه من قبلك أنت أو ممثلك القانوني المخول، حتى نشاركهم في أمور رعايتك الطبية. وقد نقدم أيضًا معلومات إلى شخص يساعد في تسديد تكاليف رعايتك. بالإضافة إلى ذلك، يجوز لنا الكشف عن معلومات عنك لمنظمة تساعد في جهود الإغاثة من الكوارث حتى تتمكن عائلتك من معرفة حالتك ووضعك وموقعك.

(10) الأبحاث

في ظل ظروف معينة، يجوز لنا استخدام المعلومات الخاصة بك والإفصاح عنها لأغراض الأبحاث. على سبيل المثال، قد يتضمن مشروع بحثي مقارنة صحة وتعافي جميع المنتفعين الذين تلقوا دواءً واحدًا مع أولئك الذين تلقوا دواءً آخر لنفس الحالة.

(11) حسبما يقتضيه القانون

سنقوم بالإفصاح عن معلوماتك عندما يتطلب الأمر ذلك من قبل القانون الفدرالي أو قانون الولاية أو المحلي.

(12) لتجنب تهديد خطير على الصحة أو السلامة

قد نستخدم ونفصح عن معلوماتك عند الضرورة، لتجنب تهديد خطير على صحتك وسلامتك أو صحة وسلامة العامة أو أي شخص آخر.

(13) تبادل المعلومات الصحية

يجوز لنا مشاركة معلوماتك الصحية إلكترونيًا مع مجموعات أخرى من خلال شبكة تبادل المعلومات الصحية. وقد تشمل هذه المجموعات الأخرى المستشفيات والمختبرات والأطباء وإدارات الصحة العامة وبرامج الرعاية الصحية والمشاركين الآخرين. مشاركة البيانات إلكترونيًا هي الطريقة الأسرع لتوصيل بياناتك الصحية إلى مقدمي الرعاية الصحية الذين يعالجونك. على سبيل المثال، إذا كنت مسافرًا وتحتاج إلى علاج، فإنه يسمح للأطباء الآخرين المشاركين بالوصول إلى معلوماتك إلكترونيًا للمساعدة في رعايتك. نحن أيضًا مشاركون في قانون الرعاية الميسرة الفدرالي وقد نستخدم أو نشارك المعلومات على النحو المسموح به لتحقيق الأهداف الوطنية المتعلقة بالاستخدام المفيد لأنظمة الصحة الإلكترونية.

(14) حالات خاصة

- i. التبرع بالأعضاء والأنسجة
يجوز لنا الإفصاح عن معلومات إلى المنظمات التي تتعامل مع عمليات الحصول على أعضاء أو زراعة أعضاء أو عين أو أنسجة أو إلى بنك التبرع بالأعضاء.
- ii. العسكريون والمحاربون القدامى
إذا كنت أحد أفراد القوات المسلحة أو أحد العسكريين الأجانب، فقد نقوم بإصدار معلومات عنك حسبما تقتضيه سلطات القيادة العسكرية.
- iii. تعويضات العمال
يجوز لنا الكشف عن معلومات عنك فيما يتعلق بتعويضات العمال أو البرامج المماثلة. توفر هذه البرامج مخصصات تعويضًا عن الإصابات أو الأمراض المرتبطة بالعمل.
- iv. أعمال مرتبطة بالصحة العامة
يجوز لنا الكشف عن معلومات عنك لأغراض ترتبط بالصحة العامة. قد تتضمن هذه الأنشطة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:
 - الوقاية أو السيطرة على مرض أو إصابة أو إعاقة؛
 - الإبلاغ عن مواليد ووفيات؛
 - الإبلاغ عن إساءة معاملة أو إهمال الأطفال وكبار السن والبالغين المُعالين؛
 - الإبلاغ عن ردود الأفعال تجاه أدوية أو المشاكل المتعلقة بمنتجات معينة؛
 - إعلام الأشخاص بسحب المنتجات التي ربما يستخدمونها؛
 - إخطار الشخص الذي قد يكون تعرّض لمرض أو قد يكون معرضًا لخطر الإصابة بمرض أو حالة أو نشرها؛
 - إبلاغ السلطات الحكومية المختصة إذا اعتقدنا أن المنتفع كان ضحية إساءة أو إهمال أو عنف منزلي. لن نقوم بهذا الإفصاح إلا في حالة موافقتك، أو عند اللزوم، أو عندما يجيز القانون ذلك.

- إخطار موظفي الاستجابة للطوارئ فيما يتعلق بالتعرض لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، إلى الحد اللازم للامتثال لقوانين الولاية والقوانين الفدرالية.

v. أنشطة الرقابة الصحية

من الممكن أن نُفصح عن المعلومات إلى وكالة رقابية حول نشاطات يجيزها القانون. وقد تشمل أنشطة الرقابة هذه عمليات التدقيق والتحقيقات والمعاينة والترخيص. هذه النشاطات ضرورية بالنسبة للحكومة من أجل مراقبة نظام الرعاية الصحية والبرامج الحكومية والامتثال لقوانين الحقوق المدنية.

vi. الدعاوى القضائية والنزاعات

إذا كنت طرفاً في قضية أو نزاع، من الممكن أن نُفصح عن معلوماتك استجابةً لأمر محكمة أو أمر إداري. يجوز لنا أيضاً الكشف عن معلومات عنك استجابة لاستدعاء أو طلب اكتشاف أو أي عملية قانونية أخرى من قبل شخص آخر طرفاً في النزاع، ولكن فقط بعد اتباع جميع الإجراءات المطلوبة بموجب القانون، بما في ذلك الجهود المبذولة لإخبارك بالطلب (والتي قد تشمل إرسال إشعاراً كتابياً لك) أو للحصول على أمر بحماية المعلومات المطلوبة.

يجوز لنا الكشف عن معلومات الصحة النفسية والسلوكية للمحاكم والمحامين وموظفي المحكمة أثناء الوصاية، وبعض الإجراءات القضائية أو الإدارية الأخرى.

vii. جهات إنفاذ القانون

يجوز لنا الإفصاح عن المعلومات إذا طلب منا مسؤول إنفاذ القانون ذلك:

- ردّاً على أمر محكمة أو أمر إحضار أو مذكرة أو استدعاء أو عملية مماثلة
- لتحديد هوية أو موقع مشتبه به أو مُطارِد أو شاهد أساسي أو الهاربين وبعض الأشخاص المفقودين
- بخصوص ضحية الجريمة إذا لم نتمكن في ظل ظروف محدودة معينة من الحصول على موافقة الشخص
- للإبلاغ عن حالة إساءة أو إهمال أو اعتداءات حسبما يقتضيه القانون أو يسمح به

- للإبلاغ عن بعض التهديدات لأطراف ثالثة
- إذا أحضرتك الشرطة إلى منشأتنا وطلبت منا إجراء فحص لدمك بحثًا عن تعاطي الكحول أو المخدرات
- بخصوص حالة وفاة حيث لدينا اعتقاد بأنها قد تكون نتيجة لسلوك إجرامي
- بخصوص سلوك إجرامي في منشأتنا
- في حالات الطوارئ للإبلاغ عن جريمة؛ مكان الجريمة أو الضحايا؛ أو هوية أو وصف أو مكان الشخص الذي ارتكب الجريمة
- عند طلب ضابط يقدم مذكرة إلى المنشأة
- عند الطلب في وقت دخول المنتفع إلى المستشفى بشكل غير طوعي
- إذا كنت قيد الاحتجاز لدى الشرطة أو كنت نزيلًا في مؤسسة إصلاحية وكان توفير المعلومات ضروريًا لتزويدك بالرعاية الصحية، أو لحماية صحتك وسلامتك، أو صحة وسلامة الآخرين، أو لسلامة وأمن المؤسسة الإصلاحية

viii. أطباء الطب الشرعي، وأخصائيو الفحص الطبي، ومديرو الجنازات

من الممكن أن نُفصح عن المعلومات إلى أحد محققي الوفيات أو أخصائيي الطب الشرعي. من الممكن أن يلزم ذلك، مثلاً، لتحديد هوية شخص متوفى أو لتحديد سبب الوفاة. يجوز لنا أيضًا الإفصاح عن معلومات متعلقة بالمنتفعين إلى مديري الجنازات حسب الضرورة.

ix. أعمال الأمن القومي والاستخبارات

من الممكن أن نُفصح عن معلوماتك إلى المسؤولين الفدراليين المخولين، لأغراض الاستخبارات والاستخبارات المضادة وأنشطة الأمن القومي الأخرى التي يجيزها القانون.

x. الخدمات الوقائية للرئيس والآخرين

يجوز لنا الإفصاح عن معلومات عنك للمسؤولين الفدراليين المخولين حتى يتمكنوا من توفير الحماية للرئيس أو مسؤولين دستوريين منتخبين وعائلاتهم أو رؤساء دول أجنبية أو لإجراء تحقيقات خاصة.

.xi مجموعات المناصرة

يجوز لنا الإفصاح عن معلومات الصحة النفسية والسلوكية إلى منظمة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في كاليفورنيا لأغراض تحقيقات معينة يسمح بها القانون.

.xii وزارة العدل

يجوز لنا الإفصاح عن معلومات محدودة إلى وزارة العدل في كاليفورنيا لأغراض التحركات والتعريف فيما يتعلق بمنتفعين معينين ذوي علاقة في نظام العدالة الجنائية، أو فيما يتعلق بالأشخاص الذين لا يجوز لهم شراء أو امتلاك أو التحكم في سلاح ناري أو سلاح مميت.

.xiii فرق متعددي الاختصاصات لشؤون الموظفين

يجوز لنا الإفصاح عن المعلومات لأي من الفرق متعددي الاختصاصات لشؤون الموظفين فيما يتعلق بأمور الوقاية أو التعريف أو الإدارة أو العلاج الخاصة بطفل تعرّض لإساءة معاملة ووالدي ذلك الطفل، أو إساءة معاملة لكبار السن أو بالغين مُعالين وإهمالهم.

.xiv فئات خاصة من المعلومات

في بعض الظروف، قد تخضع معلوماتك لقيود قد تحد أو تمنع بعض عمليات الاستخدام أو الإفصاح الموضحة في هذا الإشعار. على سبيل المثال، هناك قيود خاصة على استخدام أو الإفصاح عن فئات معينة من المعلومات - على سبيل المثال، ملاحظات العلاج النفسي، والفحوصات الوراثية، واختبارات فيروس نقص المناعة البشرية، أو علاج حالات الصحة النفسية أو تعاطي الكحول والعقاقير. قد تقوم برامج المخصصات الصحية الحكومية، مثل Medi-Cal، أيضًا بتقييد عمليات الإفصاح عن معلومات المستفيدين لأغراض ليست ذات صلة بالبرنامج.

.xv لجان قواعد مجلس الشيوخ والجمعية العامة

يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك إلى لجنة قواعد مجلس الشيوخ أو الجمعية لغرض التحقيق التشريعي.

.xvi إدارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية

يجوز لنا الكشف عن معلوماتك إلى أمين إدارة الصحة والخدمات الإنسانية لغرض التحقيق أو تحديد مدى امتثالنا لقاعدة خصوصية HIPAA.

.xvii ملاحظات العلاج النفسي

ملاحظات العلاج النفسي تعني الملاحظات المسجلة (بأي وسيلة) بواسطة مقدم الرعاية الصحية الذي هو متخصص في الصحة النفسية والتي توثق أو تحلل محتويات المحادثة أثناء جلسة استشارية خاصة أو جلسة استشارية جماعية أو مشتركة أو عائلية والتي تكون منفصلة عن بقية السجل الطبي للفرد.

لا يجوز لنا استخدام ملاحظات العلاج النفسي الخاصة بك أو الإفصاح عنها إلا بإذن منك باستثناء ما يقتضيه القانون أو في ظل الظروف التالية:

- للاستخدام من قبل القائم بإعداد الملاحظات
- في برامج التدريب على الصحة النفسية الخاضعة لإشراف الطلاب أو المتدربين أو الممارسين
- من قبل DDS للدفاع عن دعوى قانونية أو إجراء آخر رفعه الفرد
- لمنع أو تقليل التهديد الخطير والوشيك لصحة أو سلامة شخص أو الجمهور
- من أجل الإشراف الصحي على القائم بإعداد مذكرات العلاج النفسي
- للاستخدام أو الإفصاح للطبيب الشرعي أو أخصائيو الفحص الطبي للإبلاغ عن وفاة المنتفع
- للاستخدام أو الكشف لأمين إدارة الصحة والخدمات الإنسانية لغرض التحقيق أو تحديد مدى امتثال DDS لقاعدة خصوصية HIPAA.

حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الطبية وصحتك النفسية والسلوكية

لديك الحقوق التالية فيما يتعلق بالمعلومات التي نحتفظ بها عنك:

(1) الحق في التحقق والنسخ

يجوز لنا الكشف عن المعلومات من خلال توفير نسخ منها أو إتاحة المجال للحصول عليها لأغراض الفحص، بناءً على طلب منك. قد يتطلب الإفصاح عن مثل هذه المعلومات لطرف ثالث، بناءً على طلب منك، الحصول على إذن كتابي منك.

(2) الحق في التعديل

إذا كنت تشعر أن المعلومات المتوفرة لدينا عنك غير صحيحة أو غير كاملة، فيمكنك أن تطلب منا تعديل المعلومات. لديك الحق في طلب التعديل طالما أننا ما زلنا نحتفظ بالمعلومات. لتقديم طلب تعديل، يجب تقديم طلبك كتابيًا وإرساله إلى المنشأة التي يتم فيها حفظ السجلات. وبالإضافة إلى ذلك، يمكنك تقديم سبب يدعم طلبك.

يجوز لنا رفض طلبك بالتعديل إذا لم يكن مكتوبًا أو لم يتضمن سببًا لدعم الطلب. بالإضافة إلى ذلك، يجوز لنا رفض طلبك إذا طلبت منا تعديل المعلومات في الحالات التالية:

- لم نقوم نحن بإعدادها، إلا إذا كان الشخص أو الجهة التي أعدت المعلومات لم نعد متاحة لإجراء التعديل؛
- ليست جزءًا من المعلومات المحفوظة لدينا أو تابعة لنا؛
- ليست جزءًا من معلومات يُسمح لك بفحصها ونسخها؛
- هي دقيقة وكاملة.

حتى لو رفضنا طلبك بالتعديل، لديك الحق في تقديم ملحق كتابي، لا يتجاوز 250 كلمة، فيما يتعلق بأي بند أو بيان في سجلك تعتقد أنه غير كامل أو غير صحيح. إذا أشرت كتابيًا بوضوح إلى أنك تريد أن يكون الملحق جزءًا من سجلك الصحي، فسوف نرفقه بسجلاتك ونقوم بإدراجه كلما قمنا بالإفصاح عن البند أو البيان الذي تعتقد أنه غير كامل أو غير صحيح.

(3) الحق في الحصول على "مسؤولية الاحتفاظ بعمليات الإفصاح"

لديك الحق في طلب "مسؤولية الاحتفاظ بعمليات الإفصاح". هذه قائمة بعمليات الإفصاح التي قمنا بها عن معلومات عنك إلى جانب استخداماتنا الخاصة للعلاج والمدفوعات وعمليات الرعاية الصحية (كما هو موضح أعلاه)، مع استثناءات أخرى بموجب القانون.

لطلب الحصول على هذه القائمة أو "مسؤولية الاحتفاظ بعمليات الإفصاح"، يجب عليك تقديم طلبك كتابيًا إلى المنشأة أو المنشآت التي كنت تقيم فيها. يجب أن يذكر طلبك فترة زمنية، والتي لا يجوز أن تزيد عن ست سنوات ولا يجوز أن تتضمن تواريخ قبل 14 إبريل 2003. يجب أن يشير طلبك إلى الشكل الذي تريد به القائمة (على سبيل المثال، نسخة ورقية أو إلكترونية). سيكون أول قائمة تطلبها خلال فترة 12 شهرًا مجانية. بالنسبة للقوائم الإضافية، قد نقوم بتحصيل رسوم منك مقابل تكاليف توفير القائمة. سنقوم بإعلامك بالتكلفة المترتبة على ذلك ويمكنك اختيار سحب طلبك أو تعديله في ذلك الوقت قبل تكبيدك أي تكاليف. بالإضافة إلى ذلك، سنقوم بإخطارك حسبما يقتضيه القانون في حالة حدوث انتهاك لمعلوماتك الصحية المحمية وغير الآمنة.

(4) الحق في طلب تقييدات

لديك الحق في طلب تقييد أو تحديد المعلومات التي نستخدمها أو نُفصح عنها عنك لأغراض العلاج أو المدفوعات أو عمليات الرعاية الصحية. لديك الحق أيضًا في أن تطلب وضع حد على معلوماتك التي نفصح عنها لأي من الأشخاص المشاركين في رعايتك أو في تسديد تكاليف هذه الرعاية، مثل قصرها على فرد من أفراد الأسرة أو صديق. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا عدم استخدام أو الإفصاح عن معلومات حول عملية جراحية تم إجراؤها لك.

نحن غير مُلزمون بالموافقة على طلبك، إلا بالقدر الذي تطلب فيه منا تقييد الإفصاح لبرنامج صحية أو شركة تأمين عن مدفوعات أو لأغراض عمليات الرعاية الصحية، إذا قمت أنت، أو شخص آخر نيابة عنك (بخلاف برنامج الرعاية الصحية أو شركة التأمين)، بدفع ثمن المستلزم أو الخدمة من جيبك بالكامل لإجراء ما يتم عادةً إرسال فواتير به لبرنامج الرعاية الصحية. حتى لو طلبت هذا التقييد الخاص، سيكون بإمكاننا الإفصاح عن المعلومات إلى برنامج صحي أو شركة تأمين لأغراض علاجك.

إذا وافقنا على تقييد آخر خاص، فسنلتزم بطلبك ما لم تكن المعلومات لازمة لحالة طارئة حيث تستدعي تقديم علاج لك بصورة طارئة.

لطلب تقييدات، يجب عليك تقديم طلبك كتابيًا إلى المنشأة التي تم تقديم الخدمة أو الخدمات فيها. يجب أن نخبرنا في طلبك، (1) ما هي المعلومات التي تريد تقييدها؛ (2) ما إذا كنت تريد تقييد استخدامنا أو إفصاحنا أو كليهما؛ (3) من تريد أن تنطبق عليه هذه القيود، على سبيل المثال، عمليات الإفصاح المقدمة للزوج(ة).

(5) الحق في طلب مراسلات سرية من DDS إليك

لديك الحق في أن تطلب منا التواصل معك حول المسائل الصحية بطريقة معينة أو في مكان محدد. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا أن نتواصل معك في مكان سكنك أو عبر البريد فقط. لطلب مراسلات سرية، يجب عليك تقديم طلبك كتابيًا إلى المنشأة التي تم تقديم الخدمة أو الخدمات فيها، أو التي سيتم تقديمها فيها. لن نسألك عن سبب طلبك. سوف نلبي جميع الطلبات المعقولة. يجب أن يحدد طلبك كيف وأين تريد أن يتم التواصل معك.

(6) الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار

لديك الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار. يمكنك أن تطلب منا إعطاؤك نسخة من إخطارنا في أي وقت حتى لو وافقت على تلقي هذا الإشعار إلكترونيًا، فسيظل لديك الحق في الحصول على نسخة ورقية.

يمكنك الحصول على نسخة من هذا الإشعار على موقعنا الإلكتروني: www.dds.ca.gov أو اطلب من المنشأة التي تتلقى فيها الخدمات الحصول على نسخة ورقية.

يرجى ملاحظة أننا قد نطلب أن يحتوي أي طلب تقدمه بموجب هذا القسم على بيان يفيد بأن الإفصاح عن كل أو جزء من المعلومات التي يتعلق بها الطلب قد يعرضك للخطر.

(7) تغييرات على هذا الإشعار

نحتفظ بالحق في تغيير هذا الإشعار. نحتفظ بالحق في جعل الإشعار المنقح أو المتغير ساري المفعول بالنسبة للمعلومات التي لدينا بالفعل عنك بالإضافة إلى أي معلومات نتلقاها في المستقبل. سنقوم بنشر نسخة من الإشعار الحالي في المنشأة. سيحتوي الإشعار على تاريخ السريان في الصفحة الأولى.

8 الشكاوى

إذا كنت تعتقد أنه قد تم انتهاك حقوق الخصوصية الخاصة بك، يمكنك تقديم شكوى لدينا أو إلى أمين إدارة الصحة والخدمات الإنسانية. لتقديم شكوى لدينا، اتصل بمسؤول الخصوصية الأول عبر privacyofficer@dds.ca.gov، أو 654-3405 (916). يجب إرسال كل الشكاوى كتابيًا. لن تتم معاقبتك أو اتخاذ إجراءات ضدك على رفع شكوى.

استخدامات أخرى للمعلومات الطبية والصحية النفسية والسلوكية

في الحالات الأخرى التي لم تتم تغطيتها في هذا الإشعار بالقوانين التي تسري علينا، لن يتم استخدام المعلومات إلا بإذن كتابي منك. إذا منحتنا الإذن باستخدام أو الإفصاح عن معلوماتك، يمكنك إلغاء الإذن، كتابيًا، في أي وقت. إذا قمت بإلغاء الإذن الذي منحتة، فسيؤدي هذا إلى إيقاف أي استخدام لمعلوماتك أو الإفصاح عنها للأغراض التي يغطيها تخويلك الكتابي، إلا إذا كنا قد تصرفنا بالفعل اعتمادًا على إذنك. أنت تدرك أننا غير قادرين على التراجع عن أي عمليات إفصاح قمنا بها بالفعل بموجب الإذن الذي منحتة، وتذكر أننا ملزمون بالاحتفاظ بسجلاتنا الخاصة بالرعاية التي قدمناها لك.

إقرار باستلام الإشعار



اسم المنتفع: _____

من خلال توقيعك على هذا النموذج، أنت تقر بأنك تلقيت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بإدارة الخدمات النمائية (DDS). يخبرك إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بنا عن كيف يمكننا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها. ندعوك لقراءته كاملاً.

أنا، لقد تلقيت نسخة من إشعار بممارسات الخصوصية الخاص _____
بإدارة DDS. الاسم بحروف واضحة

التاريخ: _____ الوقت: _____ صباحاً/مساءً _____ التوقيع: _____
المنتفع أو الممثل القانوني

إذا قام شخص آخر غير المنتفع بالتوقيع، يرجى الإشارة إلى الصلة: _____

Office Use Only:
(للاستخدام الرسمي فقط)



INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGMENT

Good Faith Effort (check all that apply):

- ☐ I provided copy of notice to consumer or legal representative
- ☐ I presented the Acknowledgement to consumer or legal representative for signature
- ☐ Other (Explain): _____

Reason(s) why the Acknowledgment was not obtained (check all that apply):

- ☐ The consumer or legal representative refused to sign
- ☐ Other (Explain): _____

DDS Staff Signature: _____

DDS Staff Name: _____

Date: _____ Time: _____ a.m./p.m.