



## برنامج الامتثال HIPAA حكومة مقاطعة فيرفاكس إشعار الخصوصية 23 سبتمبر 2013

### ملخص

مقاطعة فيرفاكس تفهم الخصوصية الخاصة بك المهم. الوكالات التابعة لمقاطعة فيرفاكس قد يوفر خدمات الرعاية الصحية إليك مباشرة في إحدى عيادات المجتمع، والبرامج العلاجية، والشرائح الخطة الصحية، أو أثناء حدث طبية طارئة. مقاطعة فيرفاكس مطلوب بموجب القانون للحفاظ على سرية بعض المعلومات الصحية السرية، المعروفة بالمعلومات الصحية المحمية (PHI)، وأن توفر لك مع هذا الإشعار من واجباتنا القانونية وممارسات الخصوصية فيما يتعلق بالمعلومات الصحية الخاصة بك. كما يصف هذا الإشعار حقوقك القانونية المنصوص عليها "التأمين الصحي" والمساءلة قانون (HIPAA) لعام 1996 المعدل "تكنولوجيا المعلومات الصحية" للاقتصادي والصحة السريرية (هايتك) لسنة 2009. مطلوب مقاطعة فيرفاكس التقيد بشروط هذا الإشعار المفعول حالياً.

معلوماتك الصحية المحمية (PHI) اللفظي، المعلومات المكتوبة أو المسجلة إلكترونياً ذات الصلة الخاصة بك في الماضي، سجلات الصحة البدنية أو العقلية الحالية أو المستقبلية أو الشرط وخدمات الرعاية الصحية ذات الصلة، أو في الماضي، دفع الحاضر، أو في المستقبل لتوفير الرعاية الصحية بما في ذلك التركيبة السكانية التي قد تحدد لك، مقدم في كل مرة تتلقى خدمات من الولايات المتحدة. موظفونا، ومقدمي الرعاية الصحية، والتعاقد مع شركاء ملتزمون بالتعامل هذه المعلومات سرية مسموح به من قبل سياسة القانون والوكالات الفيدرالية أو الدولة، التمسك بالقانون الأكثر صرامة التي تحمي خصوصية المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك فقط. في معظم الحالات قد نستخدم هذه المعلومات كما هو موضح في هذا الإشعار دون الحصول على إذن منك، ولكن هناك بعض الحالات حيث قد نستخدمها إلا بعد الحصول على إذن كتابي الخاص بك، إذا نحن مطلوبة بموجب القانون للقيام بذلك.

تاريخ النفاذ: 14 أبريل 2003  
تنقيح: 1 يوليه 2005؛ 23 سبتمبر 2013

ويصف هذا الإشعار المعلومات الطبية كيف عنك  
يمكن استخدامها والكشف عنها، وكيف يمكنك الحصول على إمكانية الوصول إلى  
هذه المعلومات. الرجاء مراجعة بعناية.

ويصف هذا "إشعار الخصوصية" كيف يمكن استخدام مقاطعة فيرفاكس والإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك للاضطلاع بعمليات العلاج أو الدفع أو الرعاية الصحية وأغراض أخرى المسموح بها أو المطلوب من قبل الدولة أو القانون الاتحادي. فهو يصف أيضاً لديك حقوق الوصول والتحكم في المعلومات الصحية المحمية.

### الاستخدامات والكشف عن المعلومات الخاصة بك

مقاطعة فيرفاكس يجوز استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك (PHI) لأغراض العلاج والدفع، وعمليات الرعاية الصحية. على الرغم من أن هذه الاستخدامات محدودة لا تتطلب دائماً الحصول على إذن منك، في معظم الحالات سوف نطلب منك التوقيع على استمارة موافقة. نموذج موافقة الوكالة سوف تسمح لنا باستخدام والكشف عن المعلومات الضرورية عنك داخل الوكالة ومع شركائه التجاريين من أجل توفير العلاج والخدمات، والحصول على دفع تكاليف العلاج والخدمات المقدمة، والقيام بعمليات الرعاية الصحية اليومية لدينا. تتضمن أمثلة لاستخدام PHI الخاص بك:

لتلقي العلاج : إذا كنت عميل لوزارة الصحة، ممرضة الصحة العامة الخاصة بك قد تبادل المعلومات عنك بغية تنسيق أشياء مختلفة قد تحتاج مثل مختبر العمل أو الوصفات الطبية. إذا كنت مريض بإدارة الإنقاذ والإطفاء، موفر الطبية الطارئة قد تبادل المعلومات حول حالتك مع المراقبة الطبية، الإذن بمعاملة إضافية أو مع الجهات الأخرى التي تقدم عند نقل الرعاية الخاصة بك. خلال هذه الأمثلة في المعاملة، وغيرها، يمكن مشاركة المعلومات الصحية الخاصة بك شفهاياً أو كتابياً.

للدفع : وهذا يشمل أي الأنشطة التي يجب القيام بها من أجل المحافظة على أن تسدد للخدمات التي نقدمها لك. وتشمل هذه الأنشطة دفع استعراض الخاصة بك PHI لتصحيح معلومات الفوترة، قرارات الضرورة الطبية، وإدارة المطالبات. وتشمل أنشطة الدفع أيضاً تحديد أهلية للرعاية الطبية المساعدة برامج تشغيل أو المقدمة من مقاطعة فيرفاكس. من أجل الحصول على الدفع قد نعمل مع شركة التي سوف فاتورة لك خدماتنا، أو قد نقوم بإرسال المعلومات الخاصة بك مباشرة إلى الشركات المسؤولة عن تغطية الدفع. إذا كنت قد حددت شخص مسؤول مالياً لأغراض الدفع، قد يتم إرسال فاتورة شهرية لذلك الشخص.

لعمليات الرعاية الصحية : ويشمل ذلك أنشطة ضمان الجودة والاعتماد، والتراخيص وعمليات التفتيش، وبرامج التدريب لضمان موظفينا تلبية معايير الرعاية التي تتطلبها مهنتهم. قد التعامل مع الموظفين المدربين الخاص بك سجل الصحة بغية التحقق من أهلية الحصول على الخدمات، وتقديم الوثائق، أو لتجميع السجل الخاص بك لتوفير الرعاية الصحية. بعض عناصر البيانات يتم إدخالها في نظام الكمبيوتر لدينا لإنشاء التقارير المطلوبة بموجب "كومولث فرجينيا"

الأفراد المتورطين في الرعاية أو الدفع لأن الرعاية الخاصة بك : نحن يمكن الإفراج عن المعلومات الطبية الخاصة بك لأحد أفراد أسرة، وأخرى من قريب أو صديق ضالع في الرعاية أو الدفع للرعاية الخاصة بك إذا كان يمكننا الحصول على اتفاق شفهي الخاص بك للقيام بذلك أو إذا نحن نقدم لك فرصة للاعتراض على مثل هذا كشف، وكنت لا تثير اعتراض.

في الحالات حيث لم تكن قادرة على الاعتراض (لأنك لست الحالية أو بسبب العجز أو الطوارئ الطبية الخاصة بك)، ويجوز في حكمنا المهنية، نقرر أن كشف على أفراد الأسرة، قريب أو صديق في مصلحة الخاصة بك. في هذه الحالة، سوف نكشف فقط المعلومات الصحية ذات الصلة بمشاركة ذلك الشخص في الرعاية أو الدفع للرعاية الخاصة بك.

- الكشف عن جهاز PHI دون تصريح منك : في بعض الظروف، وكالات مقاطعة فيرفاكس مسموح بها بموجب القانون الاتحادي والولائي بالكشف عن المعلومات الصحية المحددة الخاصة بك دون إذن خطي الخاص بك أو لديك فرصة لكائن لفظياً. وتشمل هذه الظروف الكشف عن:
- تكليف متطلبات القانون (على سبيل المثال، إلى تقرير أو بالغين الضعفاء الذين يقعون ضحايا لإساءة المعاملة أو الإهمال أو الاستغلال؛ لتقرير إصابات من البنادق والأسلحة الخطرة)
  - أغراض الصحة العامة (على سبيل المثال، الإبلاغ عن المواليد، والوفيات، وبعض معدية الأمراض؛ الإبلاغ عن وجود عيوب منتجات التي تخضع إدارة الأغذية والعقاقير؛ مراقبة مكان العمل الطبي والإبلاغ عن الأمراض المتصلة بالعمل أو الإصابة)
  - أنشطة الرقابة الصحية لمفتشي الصحة والآخرين الذين الحكومة تحقق لدينا العيادات والخدمات الصحية (للمثال) وعمليات مراجعة الحسابات والتحقيقات، وعمليات التفتيش والأنشطة الأخرى اللازمة لنظام الرعاية الصحية؛ الأهلية للتسجيل في الحكومة تستفيد البرامج؛ والامتثال لقوانين الحقوق المدنية)
  - القضائية والإجراءات الإدارية (على سبيل المثال، في استجابة لأمر من المحكمة، والحضور، والمستشار القانوني للوكالة، أو المفتش العام)
  - أغراض إنفاذ القانون (على سبيل المثال، محدودة المعلومات المطلوبة حول شاهد المشتبه فيه، والهارب، والمادية، أو المفقودين الشخص؛ لتقديم أدلة على السلوك الإجرامي في مباني محافظة؛ للحالات الصحية الطارئة عندما تتصل هذه الرعاية بارتكاب الجريمة؛ أو إذا كنت ضحية الجريمة فاقداً للوعي والموفر يحدد كشف في الوقت المناسب هو في مصلحة الخاصة بك)
  - تجنب تهديدا خطيرا لصحة وسلامة الجمهور أو شخص آخر (ل سبيل المثال، ردا على تهديد محدد ضد شخص خدم لإيذاء آخر)
  - متخصصة في الوظائف الحكومية (على سبيل المثال، حسب توجيهات سلطات القيادة العسكرية للأفراد الذين هم "أفراد القوات المسلحة"، لأنشطة الاستخبارات والأمن الوطني)
  - المرافق الإصلاحية (على سبيل المثال، لحالات الاحتجاز التي تنطوي على الرعاية الصحية لسجين أو صحة وسلامة الآخرين في مرفق الإصلاحية)
  - أغراض تعويض العمال (على سبيل المثال، لتسهيل إدارة الفوائد كما هو مسموح به بموجب القانون)
  - الأطباء الشرعيين والفاحصين الطبية (على سبيل المثال، لتحديد شخص متوفى، أو لتحديد سبب الوفاة)
  - البحث (على سبيل المثال، للباحثين عند "مؤسسي استعراض المجلس" أو "الهيئة الخصوصية": (1) استعراض مقترح البحث والبروتوكولات المعمول بها لضمان خصوصية المعلومات الصحية المحمية و (2) وافق على البحث. أنشطة بحثية معينة قد تتطلب إذن التوقيع الخاص بك.)
  - "الوزارة الاتحادية للصحة والخدمات الإنسانية" (على سبيل المثال، في اتصال مع تحقيق في مقاطعة فيرفاكس وكالات للامتثال للوائح الاتحادية.)

الإستخدامات والكشف عن PHI الخاصة بك تتطلب الإذن الخاص بك : نحن مطالبون بالحصول على الإذن الخاص بك استخدام أو الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك لأي سبب سوى للعلاج والخدمات والدفع، وعمليات الرعاية الصحية، وتلك الظروف المحددة المبينة سابقاً. لجميع عمليات الكشف الأخرى، أننا سوف نتطلب منك إكمال نموذج التي تنص على وجه التحديد ما هي المعلومات ستعطي إليهم، ولأي غرض، ووقعه لك أو الممثل القانوني الخاص بك. مطلوب الخاص بك إذن وقعت لنا بالكشف عن سجلات إساءة استعمال المواد المخدرة وبعض الملاحظات العلاج النفسي، إذا كان ذلك ممكناً؛ أو لاستخدام أو الكشف عن PHI الخاصة بك لأغراض التسويق؛ أو الكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بك لطرف ثالث مقابل أجر. إدارة الإنفاذ والإطفاء فيرفاكس لن الإفراج عن معلومات الرعاية الصحية الخاصة بك لأغراض البحث دون إذن خطي صريح الخاص بك. يمكنك الكتابة إلينا وسحب الإذن موقعة الخاص بك في أي وقت. لن نكون قادرة على إلغاء أي إفصاحات قدمنا قبل العودة كنت أخذت الإذن الخاص بك.

### حقوق المعلومات الصحية الخاصة بك

عندما يتلقون خدمات الرعاية الصحية من الوكالات التابعة لمقاطعة فيرفاكس، اتحادياً عرفتها حقوق الخصوصية قيد "التأمين الصحي" والمساءلة قانون (45) 1996 (HIPAA الج أجزاء 160 و 164)، بصيغتها المعدلة "تكنولوجيا المعلومات الصحية" للاقتصادي والصحة السريرية (هايتك) لسنة 2009 (رر 5-111، "الباب الثالث عشر"، العنوان الفرعي دال). قوانين الخصوصية الفيدرالية وأخرى تحد من الكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بك. تشمل مثل هذه القوانين، ولكن لا تقتصر على السرية للكحول وتعاطي المخدرات المريض السجلات (42 المؤتمر الصومالي الموحد dd290)، "خصوصية السجلات الصحية فيرجينيا" (رمز فيرجينيا 127.1:03-32.1)، وأنظمة "حقوق الإنسان في ولاية فرجينيا" (12 فيرجينيا الإدارية رمز 80-115-35).

لديك الحق في تفتيش أو طلب نسخ السجلات الطبية الخاصة بك. إذا كان يتم الاحتفاظ بالسجلات الطبية الخاصة بك إلكترونياً في مجموعة سجلات معينة، يمكنك طلب أن نقدم نسخة في شكل إلكتروني. وسوف نستخدم الشكل الإلكتروني طلب ما لم نعمل ذلك لا معقول، وإذا لا، في متفق عليها صيغة إلكترونية قابلة للقراءة. إذا أننا غير قادرين على الاتفاق على صيغة إلكترونية، قد توفر لك بنسخ صور من السجلات الخاصة بك. يمكنك طلب منا إرسال نسخة السجل الإلكتروني الخاص بك إلى شخص آخر أو كيان آخر ما دام الطلب غير واضحة وواضحة ومحددة. إذا كان لا يتم الاحتفاظ الخاص بك السجلات في مجموعة سجلات معينة إلكترونياً، سوف نقدم لكم بنسخ الصور. يجب إجراء هذه الطلبات خطياً إلى الوكالة بجهة الاتصال. قد يتم تحصيل رسوم للحصول على نسخ السجلات الخاصة بك. هذه العملية ستبقى سرية. هذا الحق ليس حقاً مطلقاً. وفي بعض الحالات، مثل ما إذا كان وصول سيسبب ضرراً، يمكننا أن ننكر إمكانية الوصول. وإذا رفض الوصول، سوف تتلقى في الوقت المناسب، إشعار خطي بهذا القرار والسبب. نسخة من الطلب الخاص بك وردنا الخطية يصبح جزءاً من السجل الخاص بك.

لديك الحق في طلب تعديل السجل الطبي الخاص بك إذا كنت تعتقد أن المعلومات في السجل غير دقيق أو غير مكتملة. يجب إجراء هذا الطلب خطياً إلى الوكالة بجهة الاتصال. ونحن قد رفض الطلب ولكن ستقدم لكم مع توضيح مكتوب للإنكار.

لديك الحق في تلقي محاسبية لعمليات الكشف في مقاطعة فيرفاكس لمعلوماتك الصحية المحمية (PHI) التي كانت ليس لغرض العلاج، والسداد، والرعاية الصحية

العمليات، أو التي لم تأذن بها لك خلاف ذلك.

لك الحق في أن تطلب فرض قيود فيما يتعلق باستخدام أو الكشف عن الخاص بك حماية المعلومات المتعلقة بالصحة. أننا ملزمون بالموافقة على طلبك لتقييد إذا الكشف عن خطة صحية غرض القيام بالدفع أو عمليات الرعاية الصحية، وإذا كان التقييد ينطبق على PHI لا يتعلق إلا بالخدمات أو العناصر التي كنت قد دفعت لفي كامل، الجيب. سينظر في جميع الطلبات الأخرى بالوكالة والوكالة سيتم إعلامك إذا كانوا قادرين على شرف هذا القيد المطلوب لا يزال تقديم خدمات فعالة، الحصول على السداد والحفاظ على عمليات الرعاية الصحية. قانوننا غير أننا مطلوبة للموافقة على أي قيود أخرى يمكنك طلب، ولكن إذا اتفقنا، نحن ملتزمون هذا الاتفاق باستثناء بعض الظروف الطارئة.

لديك الحق في أن يطلب أن نتواصل معك حول المسائل الطبية في طريقة معينة أو في مكان معين (مثلاً عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني، أو مكتب الخاص بك.) ويجب أن تقدم هذه الطلبات خطياً إلى الوكالة بجهة الاتصال. أننا نوافق على جميع الطلبات المعقولة.

لك الحق في أن يتم إعلامك في حالة امتلاك غير مصرح به، الوصول أو الاستخدام أو الكشف عن الخاص بك أمانة محمية المعلومات الصحية التي تعرض للخطر أمن وخصوصية المعلومات.

لديك الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا "إشعار الخصوصية" في أي وقت عند الطلب.

يجوز لك ممارسة هذه الحقوق من خلال طلب خطي إلى الوكالة المختصة بجهة الاتصال الشخص أو المشرف كما حددت هنا:

- إدارة الإنقاذ والإطفاء، اتصل بمسؤول الخصوصية وكالة
- وزارة الصحة – الاتصال بمدير مكتب عيادة أو موظف وكالة الخصوصية

### إدخال تغييرات على ممارسات الخصوصية

لجعل التغيير الفعال لجميع حماية المعلومات الصحية أن نحافظ على ومقاطعة فيرفاكس تحتفظ لنفسها بالحق في تغيير سياسة الخصوصية وأي من ممارسات الخصوصية في أي وقت، كما هو مسموح به بموجب القانون الاتحادي والولائي.

إشعار المنقحة "لممارسات الخصوصية" ستكون متاحة في مجالات الخدمة لدينا وعلى موقعنا على شبكة الإنترنت، وأرسلت [www.fairfaxcounty.gov/hipaa](http://www.fairfaxcounty.gov/hipaa). كما قد تطلب نسخة من استقبال العيادة أو الضابط الخصوصية وكالة.

### المعلومات والشكاوى

إذا كان لديك أي أسئلة، الرجاء الاتصال بأحد "ضباطنا الخصوصية وكالة". إضافية يمكن الحصول على معلومات حول الامتثال HIPAA في مقاطعة فيرفاكس بزيارة موقعنا على [www.fairfaxcounty.gov/hipaa](http://www.fairfaxcounty.gov/hipaa) أو الاتصال بمدير الامتثال HIPAA لدينا. إذا كنت تعتقد،

انتهكت حقوق الخصوصية الخاصة بك HIPAA كنت قد شكوى مع الضابط الخصوصية وكالة أو إدارة الامتثال HIPAA بالمحافظة أو المكتب الإقليمي لمكتب الحقوق المدنية، وزارة الصحة والخدمات البشرية كما هي محددة أدناه. أنك سوف لا تعاني أي تغيير في الخدمة أو الانتقام لتقديم شكوى.

**موظف الخصوصية إدارة الإنقاذ والاطفاء**

• خدمات النقل الإسعاف الطبي الطارئ  
TTY 711، 3990-246-703

**ضابط خصوصية وزارة الصحة**

• الرعاية الصحية في المجتمع، والعناية بالأسنان والرعاية المتعلقة بالأمراض المعدية  
TTY 711، 2477-246-703

**مقاطعة فيرفاكس مدير الامتثال HIPAA**

الحكومة 12000 مركز باركواي  
جناح 527، مركز حكومة مقاطعة فيرفاكس  
فيرفاكس، خامسا 22035  
TTY 711، 4136-324-703

[hipaamanager@fairfaxcounty.gov](mailto:hipaamanager@fairfaxcounty.gov)  
[www.fairfaxcounty.gov/hipaa](http://www.fairfaxcounty.gov/hipaa)

**مكتب الحقوق المدنية، المنطقة الثالثة**

**وزارة الصحة والخدمات الإنسانية**

150 غرب مول استقلال س.

جناح 372، بناء دفتر الأستاذ العام

9111 19106 فيلادلفيا، السلطة الفلسطينية

فاكس 215-861-4431، 215-537-7697 TDD

215-861-4441، 1-800-368-1019 (الرقم المجاني)

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>

مقاطعة فيرفاكس ملتزمة بعدم التمييز على أساس الإعاقة  
في كل مقاطعة البرامج والخدمات والأذ شطة. وسائل الراحة المعقولة  
ي دربالا وأ TTY 711، 324-4136-و سوف تتاح عند الطلب. للحصول على المعلومات، اسد تدعاء 307  
[hipaamanager@fairfaxcounty.gov](mailto:hipaamanager@fairfaxcounty.gov) الإلا ك تروني

