

## دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك إخطار ممارسات الخصوصية

سار بدءًا من 2 يونيو 2016

يصف هذا الإخطار كيف قد تُستخدَم المعلومات الطبية الخاصة بك ويتم الكشف عنها وكيف يمكنك الاطلاع على هذه المعلومات. يُرجى مراجعته بعناية.

إذا كان لديك أي أسئلة، فاتصل بمدير العيادة أو مدير الخدمات الطبية الخاص بالمؤسسة. يمكنك أيضًا الاتصال بكبير مسؤولي الخصوصية الخاص بدائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك على 347-396-6007 أو [PrivacyOfficer@health.nyc.gov](mailto:PrivacyOfficer@health.nyc.gov).

- إبلاغك بأي تغييرات في هذا الإخطار

### القوانين واللوائح الخاصة بالخصوصية

تنص العديد من قوانين الخصوصية الفيدرالية وتلك التابعة للولاية والمدينة على قيود إضافية بشأن استخدام المعلومات الصحية والإفصاح عنها. وتؤثر هذه القوانين على علاج سوء استخدام المواد والفحص والعلاج فيما يتعلق بفيروس العوز المناعي البشري/فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة والفحص والعلاج فيما يتعلق بالأمراض التي تنتقل من خلال الممارسات الجنسية والعلاج فيما يتعلق بالصحة العقلية. وتمتثل سياسات دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك وهذا الإخطار لهذه القوانين الإضافية.

### كيف قد تستخدم دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك PHI الخاصة بك وتفصح عنها

الاستخدامات والإفصاحات المطلوبة. بمقتضى القانون، يجب على دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك أن تفصح لك عن PHI الخاصة بك إلا إذا قرر أحد المتخصصين في المجال الطبي أن القيام بذلك سيكون مضرًا بصحتك.

يجب أيضًا على دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك أن تفصح عن PHI الخاصة بك لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية U.S. Department of Health and Human Services - إن طلب منها ذلك - من أجل التحقيقات التي تُجرى بشأن امتثالنا للقوانين التي تحمي PHI الخاصة بك.

العلاج. قد تستخدم دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك PHI الخاصة بك أو تفصح عنها، بما في ذلك توصيات الأطباء، لتقديم العلاج أو الخدمات التي تلزمك.

السداد. ستُستخدم PHI الخاصة بك، كما يلزم، لعمل الفواتير وتحصيل المدفوعات مقابل العلاج والخدمات المقدمة إليك. وقد تشارك دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك المعلومات عن العلاج مع خطة العلاج الخاصة بك (بما في ذلك برنامج Medicaid) أو إحدى مؤسسات الرعاية المدارة للحصول على الموافقة على السداد.

أنشطة الرعاية الصحية. قد تستخدم دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك PHI الخاصة بك أو تفصح عنها من أجل أنشطة الرعاية الصحية المنتظمة. وسيستخدم فريق العمل الطبي المعلومات الصحية الخاصة بك لمراجعة الرعاية والنتائج الخاصة بك مقارنةً بالحالات المشابهة. على سبيل المثال، قد تتم مراجعة معلوماتك لأغراض تتعلق

المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) هي المعلومات الصحية المحددة لهوية الفرد والتي يتم التعبير عنها من خلال وسائل التواصل الشفهية أو المكتوبة أو الإلكترونية. وتتضمن هذه المعلومات المعلومات الديموغرافية (مثل عمرك وعنوانك وعنوان بريدك الإلكتروني) والمعلومات الأخرى التي تتعلق بصحتك البدنية أو العقلية في الماضي أو الحاضر أو المستقبل. وتتضمن أيضًا PHI المعلومات المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية ذات العلاقة أو بسداد مقابل تلك الخدمات. تحترم دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك (DOHMH) سرية PHI وستحميها بطريقة مسؤولة ووفقًا لكل القوانين والقواعد واللوائح.

يتم تزويدك بإخطار ممارسات الخصوصية (الإخطار) هذا امتثالًا لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة لسنة 1996 (HIPAA). ويحدد الإخطار كيف قد تستخدم دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك PHI الخاصة بك والإجراءات التي تُتخذ لحمايتها. ويصف الإخطار أيضًا حقوقك والتزامات دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك فيما يتعلق باستخدام PHI الخاصة بك والإفصاح عنها.

### على من ينطبق هذا الإخطار

تُعتبر دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك "كيانًا هجينًا" وفقًا لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة لأنها تُقدم خدمات الرعاية الصحية والخدمات الصحية الحكومية. يغطي قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة خدمات الرعاية الصحية، بينما لا يغطي الخدمات الصحية الحكومية.

يصف هذا الإخطار عناصر الرعاية الصحية التي يغطيها قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة. تنطبق الالتزامات المذكورة في هذا الإخطار على كل الموظفين والطلاب والمتطوعين المصرح لهم بإعطاء PHI الخاصة بك أو تلقيها أو مشاركتها فيما يتعلق بالعلاج أو السداد أو الرعاية الصحية.

مسؤوليات دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك  
عيادات دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك ملزمة قانونيًا بـ:

- الحفاظ على خصوصية PHI الخاصة بك وحمايتها
- إخطارك بالالتزامات القانونية وممارسات الخصوصية المرتبطة باستخدام PHI الخاصة بك والإفصاح عنها
- إخطارك فورًا بأي خرق قد يكون لحق بخصوصية PHI الخاصة بك أو أمنها
- اتباع شروط هذا الإخطار

بالتدريب أو إدارة المخاطر أو تحسين الجودة، سعيًا منا إلى تحسين جودة وفعالية الخدمات التي نقدمها بشكل مستمر.

ستشارك دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك PHI الخاصة بك مع شركاء عمل يمثلون طرفًا ثالثًا يقوم بأداء أنشطة لصالح الإدارة (مثل خدمات الفوترة). وسيطلب أيضًا من شركاء العمل حماية المعلومات الصحية الخاصة بك.

يمكن أن تزيل دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك المعلومات التي تحدد هويتك لكي يتمكن الآخرون من استخدامها لدراسة الرعاية الصحية والخدمات دون التعرف على هويتك.

**التذكيرات بالمواعيد.** قد تستخدم دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك PHI الخاصة بك وتوضح عنها لإرسال تذكيرات بالمواعيد. ولن تحدد هذه التذكيرات الغرض من زيارتك.

**ما يقتضيه القانون.** ستُفصح دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك عن المعلومات الصحية الخاصة بك عندما يقتضي هذا قانون فيدرالي أو تابع للولاية أو المدينة أو قاعدة أو لائحة فيدرالية أو تابعة للولاية أو المدينة.

**أنشطة الصحة العامة.** قد تفصح دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك عن PHI الخاصة بك دون موافقتك إلى إحدى وكالات الصحة العامة التي لديها سلطة قانونية بجمع PHI أو تلقيها لمراقبة الصحة العامة أو الوقاية من مرض أو السيطرة عليه أو الوقاية من إصابة أو إعاقة أو السيطرة عليها. ويتضمن هذا، على سبيل المثال لا الحصر، الإبلاغ عن الأمراض أو المواليد أو الوفيات.

**الاعتداء على الأطفال.** قد تفصح دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك عن PHI الخاصة بك إلى إحدى السلطات الحكومية المفوضة بموجب القانون لتلقي بلاغات الاعتداء على الأطفال.

**الإشراف الصحي.** قد تفصح دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك عن PHI الخاصة بك إلى إحدى وكالات الإشراف الصحي من أجل أنشطة قانونية (مثل عمليات التدقيق والتحقيق والتفتيش والترخيص) التي تراقب نظام الرعاية الصحية وبرامج المخصصات التابعة للحكومة وبرامج الحكومة التنظيمية الأخرى وقوانين الحقوق المدنية.

**إدارة الغذاء والدواء (FDA).** قد تفصح دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك عن معلوماتك الصحية المحمية إلى شخص أو شركة بناء على طلب إدارة الغذاء والدواء للأسباب التالية:

- الإبلاغ عن عيوب المنتج أو التفاعلات الضارة أو المشكلات
- الإبلاغ عن انحرفات المنتجات الحيوية
- متابعة المنتجات
- السماح بسحب المنتج من السوق
- القيام بإصلاحات أو عمليات الاستبدال
- إجراء مراقبة ما بعد التسويق

**الإجراءات القانونية.** قد تفصح دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك عن PHI الخاصة بك استجابةً لأمر محكمة أو أمر إداري إذا كنت طرفًا في قضية أو نزاع. وقد نقوم أيضًا بالإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية استجابةً لمذكرة استدعاء أو طلب استجلاء أو إجراء قانوني آخر يضطلع به شخص آخر يكون طرف في النزاع، وذلك فقط في حالة إذا ما كانت قد بُذلت مجهودات لإخبارك بالطلب.

**إنفاذ القانون.** قد تفصح دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك عن PHI الخاصة بك إذا طلب منها القيام بذلك بواسطة مسؤولي إنفاذ القانون

- استجابةً لأمر محكمة أو مذكرة استدعاء أو مذكرة أو استدعاءات أو إجراءات مشابهة.
- لتحديد هوية أحد المشتبه بهم أو الهاربين أو الشهود الرئيسيين أو المفقودين أو مكانه.
- فيما يخص ضحية إحدى الجرائم إذا، وفي ظروف معينة، لم تتمكن من الحصول على موافقة الشخص.
- فيما يخص الوفيات التي نعتقد أنها قد تكون ناتجة عن سلوك إجرامي.
- فيما يخص سلوكًا إجراميًا تم في إحدى العيادات التابعة لدائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك
- وفي الظروف الطارئة للإبلاغ عن جريمة؛ أو عن مكان الجريمة أو الضحايا؛ أو عن هوية مرتكب الجريمة أو وصفه أو مكانه.

**المحققون في أسباب الوفيات ومديرو الجنازات والتبرع بالأعضاء:** قد تفصح دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك عن PHI الخاصة بك إلى أحد المحققين في أسباب الوفيات أو الأطباء الشرعيين وذلك للتعرف على هوية شخص متوفى أو لتحديد سبب الوفاة. وقد نفصح أيضًا عن PHI لمديري الجنازات لمساعدتهم في القيام بواجباتهم، كما هو مصرح به قانونًا. وقد يتم استخدام PHI والإفصاح عنها بهدف التبرع بالأعضاء أيضًا.

**الأبحاث.** في ظروف معينة، قد نستخدم أو نفصح عن PHI الخاصة بك لأغراض بحثية. ويجب أن تمتثل الأبحاث للقوانين والقواعد واللوائح المطبقة ويجب أن تتم الموافقة عليها أو لأبواسطة مجلس المراجعة المؤسسية التابع لدائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك.

**اطلاع أولياء الأمور إلى المعلومات.** تحدد قوانين متعددة بولاية نيويورك ماهية PHI التي يمكن الإفصاح عنها لأولياء الأمور والأوصياء القانونيين. وستعمل دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك بما يتماشى مع القانون.

**تعويضات العمال.** قد تفصح دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك عن PHI لتحقيق الامتثال لقوانين تعويضات العمال والبرامج الأخرى المماثلة التي توفر مخصصات فيما يتعلق بالإصابات أو الأمراض ذات الصلة بالعمل.

**النشاط الإجرامي.** بموجب بعض القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المطبقة، قد تكشف دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك PHI الخاصة بك إذا اعتقدنا أن استخدامها أو الإفصاح عنها ضروري لمنع أو تخفيف خطر جسيم وشيك الحدوث يهدد صحة وسلامة أحد الأشخاص أو العامة. قد تكشف كذلك عن PHI الخاصة بك إذا كان ذلك ضروريًا حتى تتمكن سلطات إنفاذ القانون من التعرف أو القبض على أحد الأشخاص.

**السجناء.** إذا كنت سجينًا لدى إحدى المؤسسات الإصلاحية، فقد تفصح دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك للمؤسسة أو وكلائها عن المعلومات الصحية الضرورية من أجل صحتك أو من أجل صحة وسلامة الأشخاص الآخرين.

**النشاط العسكري والمحاربون القداماء.** إذا كنت أحد أعضاء القوات المسلحة، فقد تفصح دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك عن معلومات صحية بشأنك وفقاً لما تتطلبه سلطات القيادة العسكرية. وقد تكشف كذلك عن معلومات صحية تتعلق بأفراد عسكريين أجانب وذلك إلى السلطات العسكرية الأجنبية المناسبة.

**الأمن الوطني والمخابرات.** من الممكن أن تكشف عن معلوماتك الصحية لمسؤولين فيدراليين مصرح لهم لأنشطة المخابرات والمخابرات المضادة وأنشطة الأمن الوطني الأخرى المصرح بها بموجب القانون. وقد نفصح أيضاً عن معلومات صحية بشأنك للمسؤولين الفيدراليين المصرح لهم حتى يتمكنوا من إجراء تحقيقات خاصة أو توفير الحماية للرئيس أو أشخاص آخرين مصرح لهم أو قيادات الدول الأجنبية.

**الأشخاص المشاركون في رعايتك الصحية.** ما لم تعترض على ذلك، فقد تستخدم دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك معلوماتك الصحية أو تفصح عنها بغرض إخطار أحد أفراد الأسرة أو الممثل الشخصي الخاص بك عن مكانك أو حالتك العامة أو بشأن وفاتك، أو المساعدة على إخطاره بذلك. إذا كنت متواجداً، فستكون لديك فرصة الاعتراض على هذا النوع من الاستخدام أو الإفصاح. إذا لم تكن قادراً على اتخاذ القرار أو إذا كانت هناك حالة طوارئ، فقد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إذا قررنا أن فعل ذلك يعود عليك بالمنفعة الكبرى.

#### **حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية**

على الرغم من أن سجلك الصحي ملكية مادية لدائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك، إلا أن المعلومات تخصك. لديك الحقوق التالية فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية. يمكنك أن تتقدم بأي من الطلبات التالية عن طريق إرسال طلب مكتوب إلى مدير العيادة أو مدير الخدمات الصحية أو من ينوب عنه.

**الحق في الفحص والنسخ.** تُحفظ PHI الخاصة بك في "مجموعة سجلات مخصصة" وقد تستخدم في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك. تحتوي مجموعة السجلات المخصصة على السجلات الطبية وسجلات الفوترة. لديك الحق في فحص هذه المعلومات والحصول عليها ما دامت دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك تحتفظ بسجلاتك الطبية. لا ينطبق هذا الحق على:

- ملاحظات العلاج النفسي
- المعلومات التي يتم جمعها في حالات التوقع المعقول لإجراء أو قرار مدني أو إداري أو جنائي أو استخدامها في ذلك.
- المعلومات الصحية المحمية التي تنطبق عليها القوانين التي تحظر الإطلاع عليها

من الممكن أن ترفض دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك طلبك الخاص بفحص ونسخ السجلات في ظل ظروف محدودة للغاية. إذا تم رفض إطلاعك على المعلومات الصحية، يمكنك الاتصال بكبير مسؤولي الخصوصية لطلب إعادة النظر في الرفض.

**الحق في طلب التعديل.** إذا كنت تعتقد أن المعلومات الصحية التي لدينا عنك غير صحيحة أو غير مكتملة، يمكنك أن تطلب منا تعديل المعلومات (تغييرها أو الإضافة إليها). لديك الحق في طلب تعديل المعلومات ما دامت دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك تحتفظ بالمعلومات. من الممكن أن ترفض دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك طلبك إذا لم يكن كتابياً أو لم يكن الطلب يتضمن سبباً يدعمه. بالإضافة إلى ذلك، فقد نرفض طلبك إذا طلبت منا تعديل معلومات:

- لم تصدر من جهة دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك، إلا في حالة كرون الشخص أو الجهة التي أصدرت المعلومات لم تعد متاحة لإجراء التعديل
- ليست جزءاً من المعلومات الصحية المحفوظة لدى دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك أو من أجلها
- ليست جزءاً من المعلومات التي يُسمح لك بفحصها ونسخها
- دقيقة وكاملة

**الحق في تلقي إخطار بحدوث خرق.** يلزم على دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك إخطارك فوراً بأي خرق من الممكن أن يكون قد لحق بخصوصية معلوماتك أو أمنها.

**الحق في الحصول على بيان بالإفصاحات.** إن "بيان الإفصاحات" هو قائمة بإفصاحات تتعلق بمعلومات صحية محمية PHI. لا تحتوي هذه القائمة على الإفصاحات التي أُجريت لأغراض العلاج أو الدفع أو الأغراض المتعلقة بالرعاية الصحية كما هو موضح في هذا الإخطار، أو إفصاحات أخرى معينة (كأي إفصاحات طلبت منا القيام بها). لك الحق في الحصول على "بيان الإفصاحات" عن المعلومات الصحية خلال الست سنوات السابقة لتاريخ طلبك.

**الحق في طلب فرض قيود.** لديك الحق في طلب فرض قيود أو حدود على معلوماتك الصحية التي نستخدمها أو نفصح عنها لأغراض تتعلق بالعلاج أو الدفع أو الرعاية الصحية. لديك أيضاً الحق في طلب وضع حد على معلوماتك الصحية التي نفصح عنها لأي من الأشخاص المشاركين في رعايتك أو في تسديد تكاليف هذه الرعاية. إننا لسنا ملزمين بقبول طلبك.

إذا قمت بالدفع مقابل خدمة أو غرض متعلق بالرعاية الصحية من مالك الخاص بالكامل، يمكنك أن تطلب منا ألا نشارك معلوماتك مع شركة التأمين الصحي الخاصة بك لأغراض الدفع أو الرعاية الصحية. لن نوافق على ذلك إلا إذا كنا مطالبين بموجب القانون بمشاركة هذه المعلومات.

**الحق في طلب التواصل بشكل سري.** يمكنك أن تطلب أن نتواصل معك باستخدام وسائل بديلة أو في موقع بديل وذلك لحماية سريتك. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب أن نتواصل معك في العمل أو عن طريق البريد. يمكنك أيضاً أن تطلب أن نرسل إليك المعلومات عن طريق البريد في مظروف مغلق بدلاً من بطاقة بريدية.

لطلب التواصل بشكل سري، أرسل طلباً كتابياً إلى مدير العيادة أو من ينوب عنه. يجب أن يُحدد طلبك كيف أو أين تود أن يتم التواصل معك. إذا كنت تتلقى الخدمات لدى أكثر من عيادة، يجب عليك أن تتقدم بطلب منفصل إلى كل منها.

**الحق في اختيار شخص لينوب عنك.** إذا قمت بإعطاء شخص ما توكيلاً طبياً عاماً أو إذا كان شخص ما هو الوصي القانوني عليك، يمكن لهذا الشخص أن يمارس حقوقك وأن يقوم باختيارات خاصة بمعلوماتك الصحية.

**الحق في الحصول على نسخة من هذا الإخطار.** لديك الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا الإخطار في أي وقت. تواصل مع مدير العيادة أو مدير الخدمات الصحية أو كبير مسؤولي الخصوصية لدى دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك على الرقم 347-396-6007

**التصريح باستخدام المعلومات الصحية المحمية**

يتطلب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة منا الحصول على تصريح مكتوب منك بالاستخدامات أو الإفصاحات الآتية فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية:

سننشر نسخة من الإخطار الحالي الخاص بنا في كل من مواقع عياداتنا. سيُذكر تاريخ السريان في أعلى منتصف الصفحة الأولى و أسفل يمين الصفحة الأخيرة من الإخطار. بالإضافة إلى ذلك، ستكون نسخة من الإخطار الحالي متاحة لك في كل مرة تُجرى فيها عملية مراجعة. ويمكنك أيضًا طلب نسخة من إخطارنا في أي وقت ويمكنك رؤية الإخطار الأحدث على الموقع [nyc.gov/health](http://nyc.gov/health) (ابحث عن "HIPAA")

**الشكاوى**  
إذا كنت تعتقد أنه قد تم خرق حقوق خصوصيتك، يمكنك التقدم بشكوى كتابية إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة أو إلى كبير مسؤولي الخصوصية بدائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك على العنوان المذكور أدناه. لن نتعرض للانتقام لقيامك بتقديم شكوى.

أرسل الشكاوى عن طريق البريد الإلكتروني إلى:  
[PrivacyOfficer@health.nyc.gov](mailto:PrivacyOfficer@health.nyc.gov)

أرسل الشكاوى عن طريق البريد إلى:  
NYC DOHMH Chief Privacy Officer  
Gotham Center  
42-09 28th Street, 14<sup>th</sup> Floor, CN-30  
Queens, NY 11101

سار بدءاً من 2 يونيو 2016

- أعراض التسويق
- بيع معلوماتك (ملاحظة: إن من سياسة دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك عدم بيع PHI الخاصة بك)
- معظم إفصاحات الملاحظات المتعلقة بالعلاج النفسي

ستطلب دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك الحصول على تصريح مكتوب منك بالإفصاحات والاستخدامات الأخرى الخاصة بمعلوماتك الصحية المحمية PHI غير المشمولة في هذا الإخطار أو في القوانين التي تنطبق علينا. إذا قدمت لنا تصريحاً لاستخدام PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها، يمكنك إبطال هذا التصريح أو إلغاؤه، كتابياً، في أي وقت.

إذا قمت بإبطال تصريحك، فلن يصبح بإمكان دائرة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الإفصاح عنها للأسباب المشمولة في تصريحك المكتوب. لا نستطيع أن نسحب أي إفصاحات قمنا بإجرائها بالفعل بموجب تصريحك والتي يُتطلب منا الإبقاء عليها موجودة في سجلاتنا.

#### التغييرات في هذا الإخطار

نحن نحتفظ بالحق في تغيير ممارسات الخصوصية الخاصة بنا وكذلك هذا الإخطار. نحن نحتفظ بالحق في جعل الإخطار المعدل سارياً على معلوماتك الصحية المحمية التي لدينا بالفعل بالإضافة إلى أي معلومات قد نحصل عليها في المستقبل.

إخطار ممارسات الخصوصية  
إقرار بالاستلام

Notice of Privacy Practices Acknowledgement of Receipt

عن طريق التوقيع على هذا النموذج وتاريخه، فإنني أقر بأنني تلقيت نسخة من إخطار ممارسات الخصوصية الخاص بدائرة الصحة والسلامة العقلية بولاية نيويورك.

اسم المريض (يُرجى الكتابة بأحرف واضحة)   Patient's Name	
توقيع المريض   Patient's Signature	Date   التاريخ

إذا كنت ممثلاً شخصياً تقوم بإكمال هذا النموذج بالنيابة عن المريض، يُرجى كتابة اسمك بأحرف واضحة في الفراغ الموجود أدناه.

اسم الممثل الشخصي (يُرجى الكتابة بأحرف واضحة)   Personal Representative's Name	
توقيع الممثل الشخصي   Personal Representative's Signature	Date   التاريخ

للاستخدام الرسمي فقط

- Patient refused to sign  
 Patient unable to sign

DOHMH Employee Initials

Date