

لتقديم أفضل رعاية ممكنة لك، أتاحت NYSDOH لمقدمي الرعاية نظام تبادل معلوماتك الصحية من خلال شبكة كمبيوتر تسمى SHIN-NY (State Health Information Network for New York). تشارك VNS Health في SHIN-NY كجزء من اللوائح الفيدرالية والولائية التي تسمح بنقل معلوماتك الصحية حتى يتمكن مقدمو الرعاية الآخرون من الاطلاع على معلوماتك لتحسين جودة وتنسيق وكفاءة رعاية المرضى مع حماية خصوصيتك وأمنك.

إن SHIN-NY هي "شبكة من الشبكات" تربط الكيانات المؤهلة (Qualified Entities, QEs) الإقليمية الثمانية في New York بجميع أنحاء الولاية. يقوم كل كيان مؤهل (أو RHIO) بتشغيل شبكته الخاصة التي تجمع السجلات الصحية الإلكترونية من مقدمي الرعاية المشاركين.

تعمل VNS Health مع منظمات المعلومات الصحية الإقليمية (Regional Health Information Organizations, RHIOs) غير الهادفة للربح التالية: Bronx RHIO و Healthix لتقديم معلوماتك الديموغرافية والصحية إلى SHIN-NY.

نطلب منك التوقيع على نموذج معتمد من NYSDOH لمنح VNS Health الموافقة للوصول إلى المعلومات الخاصة بك وتلقيها من SHIN-NY. ستصل VNS Health إلى معلوماتك الطبية من خلال SHIN-NY فقط إذا منحت VNS Health إذنًا كتابيًا منك على نموذج الموافقة الخاص بنا للقيام بذلك.

تظل موافقتك سارية المفعول حتى تقوم بسحبها. يمكنك سحب موافقتك في أي وقت عن طريق إكمال نموذج جديد ترفض فيه موافقة VNS Health للوصول إلى معلوماتك في SHIN-NY.

للحصول على معلومات إضافية، يمكنك الانتقال إلى:

<https://www.health.ny.gov/technology/regulations/shin-ny/>

## الأسئلة المتداولة حول تبادل المعلومات الصحية

من هم مقدمو الرعاية الصحية الذين سيشاركون معلوماتي؟

تشارك VNS Health في العديد من منظمات المعلومات الصحية الإقليمية (RHIOs) في منطقة مدينة New York. يمكن العثور على قائمة مقدمي الرعاية الذين ينتمون إلى كل منهم على موقعنا على الويب من خلال الرابط [www.vnsny.org/hie](http://www.vnsny.org/hie) والذي يتم تحديثه بانتظام.

لماذا يجب أن أشارك معلوماتي الصحية؟

عندما يكون لدى المستشفيات والأطباء والممرضات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين معلوماتك الصحية، يمكنهم تقديم رعاية وعلاج أفضل لك. تتيح SHIN-NY لمقدمي الرعاية الوصول إلى أحدث المعلومات - بما في ذلك الفحوصات المخبرية والسجل الطبي والأدوية والحساسية والتقارير الصحية الأخرى - بسرعة وأمان حتى يتمكنوا من تقديم أفضل رعاية ممكنة.

### كيف ستؤدي مشاركة معلوماتي الصحية إلى تحسين جودة الرعاية؟

تعمل SHIN-NY على تحسين جودة الرعاية التي تتلقاها لأن مقدمي الخدمة الخاصين بك سيكونون قادرين على تقديم رعاية منسقة. ستكون سجلاتك الطبية مكتملة بشكل أكبر، مما قد يقلل من الأخطاء وتكرار الفحوصات أو الإجراءات باهظة الثمن. سيحصل جميع أطباءك ومقدمي الرعاية الآخرين على معلومات منسقة، مما يسمح بتشخيص أكثر دقة وعلاجًا أكثر استهدافًا.

### هل معلوماتي الصحية تتسم بالخصوصية والسرية؟

أكد. يلتزم مقدمو الرعاية بالقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المتعلقة بخصوصية المعلومات الطبية. لن تشارك SHIN-NY معلوماتك الصحية مع أي شخص دون موافقتك إلا في ظروف معينة مثل حالات الطوارئ حيث يكون الوصول إلى معلوماتك أمرًا بالغ الأهمية لصحتك أو لأمر متعلق بالسلامة العامة.

### ما هي حقوقي؟

بصفتك مريضًا/عضوًا، لديك الحق في أن تقرر السماح لـ VNS Health بالوصول إلى معلوماتك الصحية الإلكترونية أم لا. إذا قررت عدم منح إذن كتابي منك، فلن تتمكن VNS Health من الوصول إلى معلوماتك من خلال منظمات المعلومات الصحية الإقليمية (RHIO's). إذا منحت إذنًا كتابيًا وغيرت رأيك فيما بعد، فيمكنك سحب الإذن من خلال استكمال نموذج جديد تسحب فيه موافقتك الممنوحة لـ VNS Health للوصول إلى معلوماتك في SHIN-NY.

إذا اخترت عدم الموافقة، فقد لا تتمكن VNS Health من الوصول إلى المعلومات الصحية التي قد تكون مهمة ومفيدة عندما نتعامل معك. إذا كانت لديك أسئلة حول خصوصيتك، فيرجى الرجوع إلى يرجى الرجوع إلى الإخطار المشترك لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA) لممارسات الخصوصية الخاصة بـ VNS Health OHCA المعطى لك أثناء قبولك. (إذا كنت بحاجة إلى نسخة أخرى، فاطلب من الممرضة أو المعالج في VNS Health الحصول على نسخة.)

### بمن يمكنني الاتصال للحصول على مزيد من المعلومات؟

لطرح أسئلة أو للحصول على معلومات، اتصل بمسؤول الخصوصية في VNS Health:  
212-609-7470; الهاتف: 220 East 42nd Street, 6<sup>th</sup> Floor, New York, NY 10017

قد تتغير عمليات محددة و/أو مقدمو الرعاية الصحية المشاركون في تبادل المعلومات الصحية في بعض الأحيان دون الحصول على إخطار مسبق، ولكن الوصف الأحدث متاح دائمًا على موقعنا على الويب [www.vnsny.org/hie](http://www.vnsny.org/hie).

### هل هناك خطر "السرقة الهوية"؟

تشارك VNS Health فقط معلوماتك الطبية وأي معلومات تأمين صحي ضرورية لإصدار الفواتير. لن نقدم معلوماتك المالية إلى مراكز تبادل المعلومات الصحية. بالإضافة إلى ذلك، يتم استخدام تبادل المعلومات الصحية (HIES) فقط من قبل مقدمي الرعاية الصحية الذين يطلعون على معلوماتك الصحية لتزويدك برعاية أفضل. لا يمكن الوصول إلى معلوماتك إلا من قبل مقدمي الرعاية الذين سمحت لهم والذين وافقوا على الالتزام بإجراءات وعمليات أمنية صارمة لحماية خصوصيتك. تمنع التكنولوجيا الخاصة أي شخص غير مصرح له من رؤية أي من معلومات شخصية وخاصة تتعلق بك.

**رسالة خاصة متعلقة بالمعلومات الحساسة.**

إذا أعطيت موافقتك، فيجوز لـ VNS Health الوصول إلى جميع معلوماتك الصحية الإلكترونية المتاحة من خلال منظمات المعلومات الصحية الإقليمية (RHIOs) المدرجة، وقد تفصح RHIOs المدرجة عن جميع معلوماتك الإلكترونية المتاحة لـ VNS Health. قد تتضمن المعلومات المتعلقة بصحتك، على سبيل المثال لا الحصر، السجلات الطبية والمعلومات الطبية الأخرى ذات الصلة مثل: تاريخ من الأمراض أو الإصابات التي تعرضت لها (مثل مرض السكري أو كسر في العظام)، ونتائج الاختبارات (مثل الأشعة السينية أو اختبارات الدم) وقوائم الأدوية التي تناولتها. يمكن الحصول على هذه المعلومات من مقدمي الخدمات الآخرين وخطط التأمين الصحي. بالإضافة إلى ذلك، معلومات أخرى حول رعايتك، مثل المعلومات الشخصية والخاصة التي يمكن استخدامها لتحديد هويتك؛ معلومات عنك وعن عائلتك؛ والمعلومات المالية/الفواتير، قد تكون جميعها متاحة.

يُرجى العلم أن المعلومات المتعلقة بصحتك قد تتعلق بحالات صحية حساسة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- تعاطي المخدرات (مشاكل تعاطي المخدرات والكحول)
- تحديد النسل والإجهاض (تنظيم الأسرة)
- السرطان
- الأمراض أو الاختبارات الجينية (الموروثة)، بما في ذلك معلومات الاختبارات الجينية للاستعداد
- فيروس العوز المناعي البشري/ الإيدز (HIV AIDS)
- الأمراض النفسية؛ التخلف العقلي وإعاقات النمو
- الأمراض المعدية بما في ذلك الأمراض المنقولة جنسياً والأمراض التناسلية

**الإذن**

سيُطلب منك الحصول على موافقتك الكتابية للمشاركة في نظام تبادل المعلومات الصحية في نموذج موافقة منفصل.

تفويض للوصول إلى معلومات المريض/العضو  
من خلال منظمة تبادل المعلومات الصحية

اسم المريض/العضو	تاريخ الميلاد	رقم معرف المريض/العضو
عنوان المريض/العضو		

أطلب الحصول على المعلومات الصحية المتعلقة برعايتي وعلاجي كما هو موضح في هذا النموذج. يمكنني اختيار السماح أو عدم السماح لمقدمي خدمات الرعاية الصحية من VNS Health وخطط التأمين الصحي بالحصول على إمكانية الوصول إلى سجلاتي الطبية من خلال منظمات تبادل المعلومات الصحية المسماة Bronx RHIO و Healthix. يُطلق على مقدمي خدمات الرعاية الصحية اسم VNS Health Home Care و VNS Health Hospice Care و VNS Health Plans ، Health Personal Care و P.C ، Medical Care at Home ، و VNSNY Care Management IPA ، بالإضافة إلى VNS Health Plans ، يشار إليها بشكل جماعي في هذا النموذج باسم "VNS Health". إذا منحت الموافقة، فيمكن الحصول على سجلاتي الطبية من الأماكن المختلفة التي أتلقى منها الرعاية الصحية باستخدام شبكة كمبيوتر على مستوى الولاية. إن Bronx RHIO و Healthix هما منظمات غير ربحيتين تشاركان المعلومات حول صحة الأشخاص إلكترونياً، وتفي بمعايير الخصوصية والأمان لقانون HIPAA وقانون ولاية نيويورك، وتشارك في SHIN-NY (شبكة المعلومات الصحية الحكومية لنيويورك). لمعرفة المزيد قم بزيارة مواقع الويب الخاصة بهم على:

- [BronxRHIO.org](http://BronxRHIO.org)
- [Healthix.org](http://Healthix.org)

لن يؤثر خيارتي في هذا النموذج على قدرتي على الحصول على الرعاية الطبية. لا يسمح الخيار الذي أتخذه في هذا النموذج لشركات التأمين الصحي بالحصول على معلوماتي بغرض تقرير ما إذا كنت ستوفر لي تغطية التأمين الصحي أو سداد فواتيري الطبية.

<p><b>اختيار موافقتي.</b> حدد مربع واحد على يسار اختياري. يمكنني تعبئة هذا النموذج الآن أو في المستقبل. يمكنني أيضاً تغيير قراري في أي وقت من خلال إكمال تعبئة نموذج جديد.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. <b>أمنح الموافقة</b> ل VNS Health للوصول إلى جميع معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال Bronx RHIO و Healthix لتقديم الرعاية الصحية.</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. <b>أرفض إعطاء الموافقة</b> ل VNS Health للوصول إلى معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال Bronx RHIO و Healthix لأي غرض من الأغراض.</p>

إذا كنت أرغب في رفض منح الموافقة لجميع مؤسسات مقدمي الخدمات والخطط الصحية المشاركة في Bronx RHIO و/أو Healthix للحصول على معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال Bronx RHIO و/أو Healthix، فيمكنني القيام بذلك عن طريق زيارة المواقع الإلكترونية الخاصة بهم أو الاتصال بهم مباشرة:

- [BronxRHIO.org](http://BronxRHIO.org) (718) 708-6630
- [Healthix.org](http://Healthix.org) (877) 695-4749

تم الرد على أسئلتني حول هذا النموذج وقد تم تزويدي بنسخة من هذا النموذج

توقيع المريض/العضو أو الممثل القانوني للمريض/العضو	التاريخ
اسم الممثل القانوني بأحرف واضحة (إذا كان ذلك منطبقاً)	علاقة الممثل القانوني بالمريض/العضو (إذا كان ذلك منطبقاً)

## تفاصيل حول المعلومات التي تم الحصول عليها من خلال Bronx RHIO و Healthix وعملية الموافقة:

- 1. كيف يمكن استخدام معلوماتك.** سيتم استخدام معلوماتك الصحية الإلكترونية فقط لخدمات الرعاية الصحية التالية:
  - خدمات العلاج. تزويدك بالعلاج الطبي والخدمات ذات الصلة.
  - التحقق من أهلية التأمين. تحقق مما إذا كان لديك تأمين صحي وما يغطيه.
  - أنشطة إدارة الرعاية. يتضمن ذلك مساعدتك في الحصول على الرعاية الطبية المناسبة، وتحسين جودة الخدمات المقدمة لك، وتنسيق توفير خدمات الرعاية الصحية المتعددة المقدمة لك، أو دعمك في اتباع خطة الرعاية الطبي.
  - أنشطة تحسين الجودة. تقييم وتحسين جودة الرعاية الطبية المقدمة لك ولجميع المرضى
- 2. ما أنواع المعلومات التي يتم تضمينها عنك.** إذا أعطيت الموافقة، فقد تحصل منظمة (منظمات) مقدمي الخدمات و/أو خطة (خطط) الصحية المدرجة إلى جميع معلوماتك الصحية الإلكترونية المتاحة من خلال Bronx RHIO و Healthix. يتضمن هذا المعلومات التي تم إنشاؤها قبل وبعد تاريخ توقيع هذا النموذج. قد تتضمن سجلاتك الصحية تاريخاً من الأمراض أو الإصابات التي تعرضت لها (مثل مرض السكري أو كسر في العظام)، ونتائج الاختبارات (مثل الأشعة السينية أو اختبارات الدم)، وقوائم الأدوية التي تناولتها. قد تتضمن هذه المعلومات حالات صحية حساسة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:
  - معلومات التوظيف
  - الأمراض المنقولة جنسياً
  - الوضع المعيشي
  - الأدوية والجرعات
  - الدعائم الاجتماعية
  - معلومات التشخيص
  - الحساسية
  - بيانات مواجهة المطالبات
  - فحوصات المختبر
  - سجل الصدقات النفسية
  - سجل مطالبات التأمين الصحي
  - ملخصات سجل استخدام المواد
  - ملاحظات سريرية
  - ملخص الخروج من المستشفى
  - مشاكل متعلقة بشرب الكحول أو تعاطي المخدرات
  - تحديد النسل والإجهاض (تنظيم الأسرة)
  - الأمراض أو الاختبارات الجينية (الموروثة)
  - فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
  - حالات الصحة العقلية
- 3. من أين تأتي المعلومات الصحية عنك.** تأتي المعلومات الخاصة بك من الأماكن التي وفرت لك الرعاية الطبية أو التأمين الصحي. قد تشمل هذه المستشفيات والأطباء والصيدليات والمختبرات السريرية وشركات التأمين الصحي وبرنامج Medicaid والمنظمات الأخرى التي تتبادل المعلومات الصحية إلكترونياً. تتوفر قائمة حالية كاملة من Bronx RHIO و Healthix. يمكنك الحصول على قائمة محدثة في أي وقت عن طريق التحقق من مواقع الويب الخاصة بهم أو الاتصال بهم مباشرة.
  - [BronxRHIO.org](http://BronxRHIO.org) (718) 708-6630
  - [Healthix.org](http://Healthix.org) (877) 695-4749
- 4. من يمكنه الحصول على معلومات عنك، إذا أعطيت الموافقة.** فقط الأطباء والموظفون الآخرون في المنظمة (المنظمات) التي منحت الموافقة لها على الحصول على المعلومات والذين يقومون بالأنشطة المسموح بها بموجب هذا النموذج كما هو موضح أعلاه في الفقرة الأولى.
- 5. الوصول إلى Public Health and Organ Procurement Organization.** يتم تفويض وكالات الصحة العامة الفيدرالية أو الحكومية أو المحلية وبعض منظمات شراء الأعضاء بموجب القانون للوصول إلى المعلومات الصحية دون موافقة المريض لأغراض معينة تتعلق بالصحة العامة وزراعة الأعضاء. قد تصل هذه الكيانات إلى معلوماتك من خلال Bronx RHIO و Healthix لهذه الأغراض بغض النظر عما إذا كنت تمنح الموافقة أو ترفض منح الموافقة أو لم تبعاً نموذج الموافقة.
- 6. عقوبات الحصول على المعلومات أو استخدامها بالشكل غير السليم.** توجد عقوبات بشأن الحصول على المعلومات بالشكل الغير سليم إلى معلوماتك الصحية الإلكترونية أو استخدامها. إذا كنت تشك في أي وقت في أن شخصاً ما كان يجب ألا يرى معلومات عنك أو يحصل عليها قد فعل ذلك، فاتصل بـ Visiting Nurse Service of New York على الرقم 290-4773 (212)؛ أو قم بزيارة مواقع Bronx RHIO و/أو Healthix الإلكترونية المدرجة أعلاه؛ أو اتصل بـ NYS Department of Health على الرقم 474-5423 (518)؛ أو اتبع عملية الشكوى للمكتب الاتحادي للحقوق المدنية من خلال الرابط التالي:  
[/http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)
- 8. إعادة الإفصاح عن المعلومات.** يجوز لأي منظمة (منظمات) قد منحت الموافقة لها للحصول على المعلومات الصحية الخاصة بك إعادة الإفصاح عن معلوماتك الصحية، ولكن فقط إلى الحد الذي تسمح به القوانين واللوائح الخاصة بالولاية والقوانين الفيدرالية. لا يجوز الحصول على المعلومات المتعلقة بعلاج الكحول/المخدرات أو المعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية ويجوز إعادة الإفصاح عنها إلا في حالة كانت مصحوبة بالبيانات المطلوبة بشأن حظر إعادة الإفصاح.
- 9. مدة السريان.** سيظل نموذج الموافقة هذا ساري المفعول حتى اليوم الذي تقوم فيه بتغيير اختيار الموافقة الخاص بك أو إلى أن تتوقف Bronx RHIO و/أو Healthix عن العمل (أو حتى 50 عامًا بعد وفاتك، أيهما يحدث أولاً) إذا اندمجت Bronx RHIO و/أو Healthix مع كيان مؤهل آخر، فستظل خيارات الموافقة الخاصة بك سارية مع الكيان المدمج حديثاً.
- 10. تغيير اختيار موافقتك.** يمكنك تغيير خيار الموافقة الخاص بك في أي وقت ولأي منظمة مقدمة للخدمات أو خطة صحية من خلال تقديم نموذج موافقة جديد يتضمن اختيارك الجديد. قد تقوم المنظمات التي تحصل على معلوماتك الصحية من خلال Bronx RHIO و/أو Healthix أثناء سريان موافقتك بنسخ معلوماتك أو تضمينها في سجلاتهم الطبية. حتى إذا قررت لاحقاً تغيير قرار الموافقة الخاص بك، فليس مطلوباً منهم إعادة معلوماتك أو إزالتها من سجلاتهم.
- 11. نسخة من النموذج.** يحق لك الحصول على نسخة من نموذج الموافقة هذا.