

اعلان پالیسی های حفظ حریم خصوصی (Dari) NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (Dari)

A. این اعلان توضیح می دهد که چگونه معلومات طبی شما ممکن است استفاده و افشا شود و چگونه می توانید به این معلومات دسترسی پیدا کنید. لطفاً آن را با دقت بررسی کنید. این اعلان پالیسی های حفظ حریم خصوصی (اعلان) به همه معلومات مربوط به مراقبت هایی که شما از موارد ذیل دریافت می کنید، اعمال می شود:

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. This Notice of Privacy Practices (Notice) applies to all information about care that you receive from the following:

- سیستم صحت پوهنتون میشیگان (University of Michigan Health System, UMHS) که شامل شفاخانه ها، داکترها، خدمات صحتی خانگی، خدمات دواسازی، خدمات لابراتوار و سایر ارائه دهندگان مراقبت های صحتی مرتبط می باشد.

University of Michigan Health System (UMHS) which includes our hospitals, doctors, home health services, pharmacy services, laboratory services, and other related health care providers

- بخش هایی از پوهنتون میشیگان (University of Michigan) که خدمات صحتی ارائه می دهند (ارائه دهندگان UM) مانند خدمات صحتی پوهنتون، پوهنخی طب دندان پوهنتون میشیگان و غیره.

Portions of the University of Michigan that provide health care services (UM Providers) such as University Health Service, the University of Michigan School of Dentistry, etc.

- UMHS و ترتیبات مراقبت های صحتی سازمان یافته ای که UMHS در آنها شرکت دارد، در فعالیت هایی مانند بهبود کیفیت و ارزیابی همکاری می کنند. این ترتیبات، بخشی از یک ساختار سازمان یافته مراقبت صحتی استند که در آن ارائه دهندگان خدمات به صورت مشترک فعالیت می کنند تا کیفیت مراقبت شما را بهبود دهند. نمونه هایی از ترتیبات مراقبت های صحتی سازمان یافته که UMHS در آنها شرکت می کند در لینک موجود است

<http://www.uofmhealth.org/patient+and+visitor+guide/ocha>

UMHS and its organized health care arrangements where the UMHS participates in quality improvement and assessment activities as part of an organized health care arrangement where the providers work jointly to help improve the quality of your care. Examples of current Organized Health Care Arrangements in which the UMHS participates are available at <http://www.uofmhealth.org/patient+and+visitor+guide/ocha>

علاوه بر موارد فوق، این اعلان به سایر بخش های پوهنتون میشیگان که از فعالیت های مراقبت های صحتی UMHS و ارائه دهندگان UM پشتیبانی می کنند، نیز اعمال می شود. همه این نهادها ممکن است از معلومات صحتی شما برای تداوی، پرداخت یا عملیات مراقبت های صحتی همان طور که در این اعلان توضیح داده شده استفاده کنند و آن را به اشتراک بگذارند.

In addition to the above, this Notice applies to other portions of the University of Michigan that support the health care activities of UMHS and the UM providers. All of these entities may use and share your health information for treatment, payment or health care operations as described in this Notice.

B. ما مکلف به حفاظت از معلومات صحتی حفاظت شده (PHI) شما هستیم.

WE ARE REQUIRED TO SAFEGUARD YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI).

ما متعهد به حفاظت از حریم خصوصی معلومات صحتی شما هستیم که به آن «معلومات صحتی حفاظت شده» یا «PHI» گفته می شود. PHI معلوماتی است که می تواند برای شناسایی شما استفاده شود و ما آن را در باره صحت یا وضعیت گذشته، حال یا آینده شما، ارائه مراقبت های صحتی به شما یا پرداخت برای مراقبت های صحتی ارائه شده به شما ایجاد یا دریافت کرده ایم. ما ملزم به ارائه این اعلامیه به شما هستیم تا پالیسی های حفظ حریم خصوصی خود و نحوه، زمان و دلیل استفاده و افشای PHI شما را توضیح دهیم. به طور کلی، ما نمی توانیم بیشتر از مقدار لازم از PHI شما برای انجام هدف استفاده کنیم یا آن را افشا کنیم، اگرچه بعضی استثنائات وجود دارد. ما به طور قانونی مکلف به پیروی از پالیسی های حفظ حریم خصوصی شرح داده شده در این اعلامیه و اطلاع رسانی به شما پس از نقض PHI می باشیم.

We are committed to protecting the privacy of your health information, called "protected health information" or "PHI". PHI is information that can be used to identify you that we have created or received about your past, present, or future health or condition, the provision of health care to you, or payment for health care provided to you. We are required to provide you with this notice to explain our privacy practices and how, when, and why we use and disclose your PHI. In general, we may not use or disclose any more of your PHI than is necessary to accomplish the purpose of the use or disclosure, although there are some exceptions. We are legally required to follow the privacy practices described in this notice and notify you following a breach of your unsecured PHI.

C. چگونه از PHI شما استفاده و آن را افشا می کنیم. ما از PHI برای دلایل مختلف استفاده می کنیم و آن را افشا می نمایم. در بعضی از این موارد، به اجازه خاص قبلی شما ضرورت داریم. کتگوری های مختلف استفاده ها و افشاهای ما با ذکر مثال هایی از هر کدام، در ذیل توضیح داده شده است.

HOW WE USE AND DISCLOSE YOUR PHI. We use and disclose PHI for different reasons, and some require your prior specific authorization. The different categories of our uses and disclosures are described below, with examples of each.

1. استفاده ها و افشاهای مرتبط با تداوی، پرداخت یا عملیات مراقبت های صحتی نیاز به رضایت شما ندارند.

Uses and Disclosures Relating to Treatment, Payment or Health Care Operations Do Not Require Your Consent.

1.1. برای تداوی. ما ممکن است از PHI شما استفاده کنیم و آن را در اختیار دکترها، نرس ها، دانشجویان طب و سایر کارمندان مراقبت های صحتی که به شما خدمات معالجوی ارائه می دهند یا در مراقبت از شما مشارکت دارند، قرار دهیم. برای مثال، اگر شما برای آسیب دیدگی زانو تحت تداوی قرار بگیرید، ممکن است PHI شما را در اختیار ارائه دهنده خدمات فزیوتراپی قرار دهیم تا هماهنگی برای مراقبت از شما صورت گیرد.

For Treatment. We may use and disclose your PHI to physicians, nurses, medical students and other health care personnel who provide health care services to you or who are involved in your care. For example, if you are treated for a knee injury, we may disclose your PHI to the physical therapy provider to coordinate your care.

1.2. برای دریافت هزینه. ما ممکن است از PHI شما استفاده کرده و آن را برای صدور بل و دریافت هزینه خدمات مراقبت های صحتی ارائه شده به شما، افشا کنیم. برای مثال، بخش صدور بل ما ممکن است بخشی از PHI شما را استفاده کرده و آن را برای دریافت هزینه به پلان بیمه ای شما ارسال کند.

To Obtain Payment. We may use and disclose your PHI to bill and collect payment for the health care services provided to you. For example, our billing department may use some of your PHI and disclose it to your health plan for payment.

1.3. برای عملیات مراقبت های صحتی. ما ممکن است از PHI شما برای اداره شفاخانه ها، معاینه خانه ها و دیگر مراکز ارائه خدمات صحتی استفاده کنیم یا به این منظور آنها را افشا نماییم. بطور مثال، ممکن است از PHI شما برای بازبینی مراقبتی که دریافت کرده اید یا برای ارزیابی عملکرد کارمندان مراقبت های صحتی و پروسه های دخیل در مراقبت از شما استفاده کنیم. ما همچنان ممکن است PHI شما را در اختیار بخش های مختلف پوهنتون میشیگان و شرکای تجاری مان که از عملیات مراقبت صحتی ما پشتیبانی می کنند قرار دهیم، از جمله حسابداران، وکلا، مشاوران و دیگر کپنی ها. نمونه های دیگر شامل پروگرام های آموزشی، رسیدگی به شکایات داخلی، پلان ریزی، توسعه و مدیریت تجارت، فعالیت های اداری مانند مدیریت داده ها و سیستم های معلوماتی و ادغام با دیگر ارائه دهندگان خدمات است.

For Health Care Operations. We may use and disclose your PHI to operate our hospitals, clinics and other health care service facilities. For example, we may use your PHI to review the care provided to you or to evaluate the performance of the health care professionals and processes involved in your care. We may also provide your PHI to University of Michigan units and our business associates that support our health care operations, such as our accountants, attorneys, consultants and other companies. Other examples include educational programs, resolution of internal grievances, business planning, development and management, administrative activities, including data and information systems management, and consolidations with other providers.

2. بعضی دیگر از موارد استفاده و افشا که به رضایت شما ضرورت ندارند ما همچنین ممکن است PHI شما را در موارد ذیل استفاده یا افشا کنیم:

Certain Other Uses and Disclosures That Do Not Require Your Consent. We may also use and disclose your PHI:

2.1. زمانی که افشا طبق قانون فدرال، ایالتی یا محلی، پروسه های قضایی یا اداری، یا برای اجرای قانون الزامی باشد. بطور مثال، هنگامی که قانون ما را مکلف به گزارش معلومات به ایجنسی های دولتی یا نیروهای اجرای قانون می کند، مثلاً در موارد مربوط به قربانیان سوءاستفاده، غفلت یا خشونت فامیلی، یا در موارد زخم گلوله یا جراحات دیگر، یا هنگامی که در پروسه قضایی یا اداری دستوری صادر شده باشد.

When disclosure is required by federal, state or local law, judicial or administrative proceedings, or law enforcement. For example, we make disclosures when a law requires that we report information to government agencies and law enforcement personnel about victims of abuse, neglect or domestic violence, when dealing with gunshot and other wounds, or when ordered in a judicial or administrative proceeding.

2.2. برای فعالیت های صحت عامه. بطور مثال، ما موظفیم معلومات خاصی را در باره تولد، مرگ، و بعضی مریضی ها و عفونت ها به مقامات دولتی مسؤول جمع آوری این معلومات، گزارش دهیم. ما همچنین معلومات لازم مربوط به مرگ یک شخص را در اختیار دکترهای قانونی، بازرس های طبی و مدیران مراسم تدفین قرار می دهیم. افزون بر این، طبق قوانین ایالت میشیگان، ما موظف به گزارش معلومات مربوط به مریضان دارای برخی شرایط خاص مانند ایدز / اچ ای وی (HIV/AIDS) و سرطان به پایگاه های ثبت مرکزی هستیم؛ همچنین موظفیم معلومات مربوط به واکسیناسیون را نیز گزارش دهیم. ما ممکن است PHI را در اختیار تولیدکنندگان دواها، فرآورده های زیستی، دستگاه ها و سایر محصولات تحت نظارت سازمان غذا و دوا ایالات متحده قرار دهیم. این اتفاق زمانی می افتد که این معلومات با کیفیت، ایمنی یا اثربخشی آن محصولات مرتبط باشد. PHI همچنین ممکن است به افرادی که در معرض مریضی های مسری قرار گرفته اند و نیز به کارفرمایان، در زمینه مسئولیت و صحت وظیفوی یا امور مربوط به جبران خسارت کارگری، افشا شود.

For public health activities. For example, we must report to government officials in charge of collecting specific information related to births, deaths, and certain diseases and infections. Also, we provide coroners, medical examiners and funeral directors necessary information relating to an individual's death. Additionally, under Michigan law we are required to report information about patients with certain conditions, such as HIV/AIDS and cancer, to central registries; we also are required to report information about immunizations. We also may disclose PHI to manufacturers of drugs, biologics, devices, and other products regulated by the federal Food and Drug Administration when the information is related to their quality, safety, or effectiveness. PHI also may be disclosed to certain people exposed to communicable diseases and to employers in connection with occupational health and safety or worker's compensation matters.

2.3. برای فعالیت های نظارت بر صحت. برای مثال، ما معلومات را در اختیار مقامات دولتی قرار می دهیم تا بتوانند یک ارائه دهنده یا سازمان مراقبت صحتی را بازرسی یا بررسی کنند.

For health oversight activities. For example, we will provide information to government officials to conduct an investigation or inspection of a health care provider or organization.

2.4. برای اهدای عضو. ما ممکن است معلومات را در اختیار سازمان های مسوول تهیه عضو قرار دهیم تا در پروسه اهدای عضو، چشم با بافت و پیوند آنها کمک کنیم.

For purposes of organ donation. We may provide information to organ procurement organizations to assist them in organ, eye or tissue donation and transplants.

2.5. برای اهداف تحقیقاتی. در بعضی شرایط، ما ممکن است از PHI برای انجام تحقیقات استفاده کنیم یا آن را ارائه دهیم. این تحقیقات معمولاً تحت نظارت یک هیئت بررسی نهادی انجام می شود. در بیشتر موارد، اگرچه ممکن است از PHI برای آماده سازی یک پروژه تحقیقاتی یا تماس با شما جهت دعوت به مشارکت در یک مطالعه استفاده شود، اما این معلومات بدون اجازه شما برای تحقیقات بیشتر افشا نمی شود. با این حال، در مواردی که تحت قوانین فدرال و پالیسی های نهادی مجاز باشد و توسط هیئت بررسی نهادی یا هیئت حفظ حریم خصوصی تأیید شده باشد، ممکن است بعدتر PHI استفاده یا افشا شود. علاوه بر این، ممکن است از PHI به صورت «مجموعه داده های محدود» یا داده های که هویت شما را به طور مستقیم نشان نمی دهند استفاده یا آن را افشا کنیم؛ این داده ها شامل نام، آدرس یا سایر شناسه های مستقیم شما نخواهند بود.

For research purposes. In certain circumstances, we may use or provide PHI to conduct research. This research generally is subject to oversight by an institutional review board. In most cases, while PHI may be used to help prepare a research project or to contact you to ask whether you want to participate in a study, it will not be further disclosed for research without your authorization. However, where permitted under federal law, institutional policy and approved by an institutional review board or a privacy board, PHI may be further used or disclosed. In addition, PHI may be used or disclosed for research as "limited or de-identified data sets" which do not include your name, address or other direct identifiers.

2.6. برای جلوگیری از آسیب. برای پیشگیری از تهدید جدی علیه صحت یا مصنوعیت یک شخص یا عموم، ممکن است PHI را در اختیار نیروهای اجرای قانون یا اشخاصی که قادر به جلوگیری یا کاهش آسیب احتمالی هستند، قرار دهیم.

To avoid harm. To avoid a serious threat to the health or safety of a person or the public, we may provide PHI to law enforcement personnel or persons able to prevent or lessen the potential harm.

2.7. برای عملکردهای خاص دولتی. ما ممکن است PHI مربوط به کارمندان نظامی و کهنه سربازان را در بعضی شرایط افشا کنیم. همچنین ممکن است PHI را برای اهداف امنیت ملی، مانند حفاظت از رئیس جمهور ایالات متحده یا انجام عملیات معلوماتی، افشا کنیم.

For specific government functions. We may disclose the PHI of military personnel and veterans in certain situations. We also may disclose PHI for national security purposes, such as protecting the president of the United States or conducting intelligence operations.

2.8. برای اهداف جبران خسارت کارگران. ما ممکن است PHI را برای رعایت قوانین جبران خسارت کارگری ارائه دهیم.

For workers' compensation purposes. We may provide PHI to comply with workers' compensation laws.

2.9. برای یادآوری وقت ملاقات و مزایا یا خدمات مرتبط با صحت. ما ممکن است از PHI برای ارسال یادآوری های وقت ملاقات استفاده کنیم. همچنین ممکن است معلوماتی در مورد گزینه های معالجویی بديل یا سایر خدمات یا مزایای مراقبت صحتی که ارائه می دهیم، در اختیار شما قرار دهیم.

To provide appointment reminders and health-related benefits or services. We may use PHI to provide appointment reminders. We may also give you information about treatment alternatives, or other health care services or benefits we provide.

2.10. برای فعالیت های جمع آوری کمک مالی. ما ممکن است از PHI جهت جمع آوری منابع مالی برای سازمان خود استفاده کنیم. شما حق دارید دریافت پیام های مربوط به جمع آوری کمک مالی را لغو کنید.

For fundraising activities. We may use PHI to raise funds for our organization. You have the right to opt out of receiving fundraising communications.

3. موارد استفاده و افشایی که در آنها شما فرصت مخالفت دارید:

Uses and Disclosures to Which You Have an Opportunity to Object.

3.1. فهرست مریض ها. ممکن است نام، وضعیت عمومی، محل حضور در یکی از مراکز صحتی UMHS و وابستگی مذهبی شما (در صورت وجود) را در فهرست مریض های خود وارد کنیم تا روحانیون یا سائر اشخاصی که با ذکر نام شما درخواست معلومات می کنند، بتوانند از آن استفاده کنند، مگر آنکه هنگام پذیرش در مراکز ما، به طور کامل یا جزئی با این امر مخالفت کنید.

Patient directories. We may include your name, general condition, location in a UMHS facility, and religious affiliation (if any) in our patient directory for use by clergy and others who ask for you by name, unless you object in whole or in part when you are admitted to our facilities.

3.2. افشا به فامیل، دوستان یا دیگران. ممکن است معلومات صحت قابل شناسایی شما (PHI) را به یکی از اعضای فامیل، دوستان یا دیگر افرادی که در مراقبت از شما یا پرداخت هزینه خدمات صحتی شما نقش دارند ارائه کنیم، مگر آنکه به طور کامل یا جزئی با این امر مخالفت کنید.

Disclosure to family, friends, or others. We may provide your PHI to a family member, friend or other persons who are involved in your care or responsible for the payment for your health care, unless you object in whole or in part.

3.3. تبادل معلومات صحتی. ممکن است ما معلومات صحتی شما را به صورت الکترونیکی ذریعه سیستم های تبادل معلومات صحتی (HIEها) در دسترس سائر ارائه دهندگان خدمات صحتی، پلان های صحت، و مراکز پاک سازی معلومات صحتی قرار دهیم. اشتراک در HIEها به ما نیز اجازه می دهد تا به معلومات آنها در باره شما دسترسی داشته باشیم و این امر به ما در ارائه مراقبت بهتر کمک می کند. شما حق دارید با تماس با شخص ذکر شده در انتهای این اعلان، از مشارکت در این سیستم ها انصراف دهید.

Health Information Exchanges. We may make your PHI available electronically through health information exchanges (HIEs) to other health care providers, health plans and health care clearinghouses. Participation in HIEs also lets us see their information about you which helps us provide care to you. You have the right to opt out of participating in such efforts by contacting the person listed at the end of this notice.

4. قانون قابل اجرا در میشیگان. شیوه استفاده و افشای PHI شما باید نه تنها با مقررات فدرال مربوط به حفظ حریم خصوصی، بلکه با قوانین فدرال و ایالتی قابل اعمال در میشیگان نیز مطابقت داشته باشد. قانون میشیگان و/یا مقررات فدرال محدودیت های بیشتری در استفاده و افشای PHI در زمینه صحت روانی، سوء مصرف مواد مخدر، شرایط مرتبط با ایدز/ اچ آی وی و بعضی معلومات جنتیکی خاص تعیین کرده اند. در بعضی موارد، ممکن است نیاز به اجازه مشخص و کتبی شما باشد.

Applicable Michigan Law. Our use and disclosure of PHI must comply not only with federal privacy regulations but also with applicable Federal and Michigan law. Michigan law and/or Federal Regulations place certain additional restrictions on the use and disclosure of PHI for mental health, substance abuse, HIV/AIDS conditions, and certain genetic information. In some instances, your specific authorization may be required.

5. همه استفاده ها و افشاهای دیگر نیاز به اجازه کتبی قبلی شما دارند. در شرایطی که در این اعلان پوشش داده نشده اند، برای استفاده یا افشای PHI شما به اجازه کتبی شما نیاز است، از جمله بیشتر استفاده ها و افشاهای یادداشت های تداوی روانی (در صورت ثبت یا نگهداری توسط ما)، بازاریابی محصولات یا خدمات اشخاص ثالث که از نظر مالی حمایت شده اند، و فروش PHI، مگر آنکه قانون به گونه ای دیگر بیان کرده باشد. شما همیشه می توانید این اجازه را به صورت کتبی لغو کنید (اما این لغو شامل افشاهایی که پیش از آن و بر اساس اجازه اولیه شما انجام شده اند، نمی شود).

All Other Uses and Disclosures Require Your Prior Written Authorization. In situations that are not covered by this Notice, your written authorization is needed before using or disclosing your PHI, including most uses and disclosures of psychotherapy notes (if recorded or maintained by us), financially-supported marketing of 3rd party products or services, and the sale of PHI, unless otherwise specified by law. Your authorization can always be revoked in writing (but it would not apply to prior disclosures made based on your initial authorization).

D. حقوق شما در رابطه با PHI. شما در رابطه با PHI خود از حقوق ذیل برخوردار می باشید:

YOUR RIGHTS REGARDING YOUR PHI. You have the following rights with respect to your PHI:

1. حق درخواست محدودیت در استفاده و افشای PHI. شما حق دارید از ما بخواهید نحوه استفاده و افشای PHI شما برای اهداف تداوی، پرداخت، یا عملیات مراقبت صحتی محدود شود. این درخواست باید به صورت کتبی ارائه شود. ما ملزم به موافقت با درخواست شما نیستیم، اما در صورتی که بپذیریم، به توافق خود پایبند خواهیم بود مگر در موارد عاجل یا جایی که قانوناً مجاز یا موظف به استفاده یا افشا باشیم. با این حال، در شرایطی که ذکر می کنیم ما موظفیم با درخواست کتبی شما برای محدود کردن افشای PHI به یک پلان صحتی موافقت کنیم: اگر آن افشا برای پرداخت یا عملیات مراقبت صحتی باشد، قانون آن را الزامی نکرده باشد، و PHI صرف مربوط به خدمت یا کالای معالجوی باشد که شما هزینه آن را مکمل و از جیب خود پرداخت کرده اید. همچنین می توانید از ما بخواهید افشای PHI به اعضای فامیل، بستگان یا دوستان نزدیکی که در مراقبت از شما یا پرداخت هزینه آن نقش دارند، محدود شود.

The Right to Request Restrictions on Uses and Disclosures of Your PHI. You have the right to ask us to limit how we use and disclose your PHI for treatment, payment or health care operations. This request must be in writing. We are not required to agree to your restriction request, but if we do, we will honor our agreement except in cases of an emergency or in cases where we are legally required or allowed to make a use or disclosure. We are required, however, to agree to a written request to restrict disclosure of your PHI to a health plan if the disclosure is for payment or health care operations and is not otherwise required by law, and your PHI pertains solely to a health care item or service for which you have paid in full and out of pocket. Also, you may request us to limit PHI disclosures to family members, other relatives, or close friends involved in your care or payment for it.

2. حق درخواست ارتباط محرمانه در رابطه با PHI شما. شما می توانید به صورت کتبی درخواست کنید که معلومات به شیوه یا مکانی خاص برای شما ارسال شود. بطور مثال، می توانید از ما بخواهید PHI به صندوق پستی (Post Office Box) شما ارسال شود و نه به آدرس خانه تان. ما باید با درخواست شما موافقت کنیم، مشروط بر آنکه بتوانیم به آسانی معلومات را به فارمتی که خواسته اید ارائه کنیم.

The Right to Request Confidential Communications Involving Your PHI. You can ask in writing to send information to you in a certain way or location. For example, you can request we mail PHI to a Post Office Box rather than your home. We must agree to your request so long as we can easily provide it in the format you requested.

3. حق دریافت کاپی هایی از PHI خود. در اغلب موارد، شما حق دارید کاپی هایی از PHI خود، مانند سوابق معالجوی یا مالی، که ما از آنها برای تصمیم گیری در باره شما استفاده کرده ایم، دریافت کنید. شما باید بصورت کتبی درخواست دهید. ما ظرف 30 روز پس از دریافت درخواست کتبی شما پاسخ خواهیم داد و ممکن است هزینه معقولی دریافت کنیم. در بعضی موارد ممکن است درخواست شما را رد کنیم، اما این کار را به صورت کتبی انجام خواهیم داد و دلایل رد درخواست و همچنین حق شما برای درخواست بازنگری در تصمیم را توضیح خواهیم داد.

The Right to Receive Copies of Your PHI. In most cases you have the right to receive copies of your PHI, such as health or billing records, used by us to make decisions about you. You must make the request in writing. We will respond within 30 days after receiving your written request, and we may charge a reasonable fee. In certain situations, we may deny your request, but we will do so in writing, and we will provide our reasons for the denial and explain your right to have the denial reviewed.

4. **حق دریافت لیست افشاهایی که انجام داده ایم.** شما حق دارید فهرستی از مواردی را که در آنها PHI شما افشا شده، دریافت کنید (که به آن حسابرسی افشا (Accounting of Disclosures) گفته می شود). این حق شامل بعضی افشاها نمی شود، مانند مواردی که برای تدای، پرداخت، یا عملیات مراقبت صحتی انجام شده اند، افشاهایی که برای خود شما یا برای دیگرانی که در مراقبت از شما نقش دارند انجام شده اند، افشاهایی که با اجازه شما انجام شده اند، یا افشاهایی که برای اهداف امنیت ملی یا معلوماتی یا برای نهادهای اصلاحی یا مراجع قانونی صورت گرفته اند. درخواست حسابرسی افشا باید به صورت کتبی و به شخص و آدرس درج شده در پائین این اعلان ارسال شود. ما ظرف 60 روز از دریافت درخواست، فهرستی از افشاهایی را که در شش سال گذشته از تاریخ دریافت درخواست انجام داده ایم در اختیار شما خواهیم گذاشت، مگر آنکه مدت زمان کوتاه تری را درخواست کرده باشید. اگر در طول یک سال بیش از یک بار درخواست حسابرسی افشا بدهید، ممکن است هزینه ای از شما دریافت شود.

The Right to Get a List of the Disclosures We Have Made. You have the right to get a list of instances in which we have disclosed your PHI (an Accounting of Disclosures.) This right does not apply to certain disclosures such as those made for treatment, payment or health care operations, disclosures made to you or to others involved in your care, disclosures made with your authorization, or disclosures made for national security or intelligence purposes or to correctional institutions or law enforcement purposes. Your request for an Accounting of Disclosures must be made in writing to the person and address below. We will respond within 60 days of receiving your request by providing a list of disclosures made within the last six years from the receipt date of your request, unless a shorter time period is requested. If you make more than one request in the same year, we may charge a fee.

5. **حق اصلاح یا ابدیت PHI خود.** اگر فکر می کنید PHI شما نادرست یا ناقص است، حق دارید از ما بخواهید معلومات موجود را اصلاح یا تکمیل کنیم. درخواست شما باید به صورت کتبی باشد و دلیل این درخواست را نیز بیان کند. ما ظرف 60 روز از دریافت درخواست شما پاسخ خواهیم داد. ممکن است درخواست شما را به صورت کتبی رد کنیم اگر PHI: (i) صحیح و کامل باشد، (ii) توسط ما ایجاد نشده باشد، (iii) افشای آن مجاز نباشد، یا (iv) بخشی از سوابق ما نباشد. در صورت رد درخواست، دلیل (دلایل) رد را برای تان توضیح می دهیم و حق شما را برای ارائه «بیانیه کتبی مخالفت» تشریح خواهیم کرد. اگر تصمیم بگیرد که بیانیه مخالفت ارائه ندهید، همچنان حق دارید درخواست اصلاح خود و پاسخ رد ما را به PHI خود ضمیمه کنید. اگر درخواست شما پذیرفته شود، ما تغییرات لازم را در PHI شما اعمال کرده و شما را از انجام آن مطلع خواهیم کرد. اصلاح می تواند به شکل های مختلفی باشد، مانند افزودن توضیحی به سوابق شما.

The Right to Amend or Update Your PHI. If you believe your PHI is incorrect or incomplete, you have the right to request us to add to or amend the existing information. Your request must be in writing and must include the reason for your request. We will respond within 60 days of receiving your request. We may deny your request in writing if the PHI (i) is correct and complete, (ii) was not created by us, (iii) is not allowed to be disclosed, or (iv) is not part of our records. Our denial will include the reason(s) for the denial and will explain your right to file a written statement of disagreement. If you don't file a written statement of disagreement, you have the right to request that your amendment request and our denial be attached to your PHI. If your amendment request is approved, we will make the change to your PHI and let you know it has been completed. An amendment may take several forms, such as an explanatory statement added to your record.

6. **حق دریافت یک کاپی از این اعلامیه.** شما حق دارید کاپی کاغذی از این اعلامیه را درخواست کرده و ذریعه پست دریافت کنید. یک کاپی از آن همچنین در این آدرس اینترنتی در دسترس است: <http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>

The Right to a Copy of this Notice. You have a right to request a paper copy of this Notice be mailed to you. It is also available at: <http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>

E. **معلومات تماس در صورت داشتن سوال یا شکایت در رابطه با این اعلان یا پالیسی های حفظ حریم خصوصی ما.** اگر در باره این اعلامیه کدام سوال دارید، یا نسبت به پالیسی های حفظ حریم خصوصی ما شکایتی دارید، یا اگر مایل استید بدانید چگونه می توانید شکایت خود را به دفتر حقوق مدنی وزارت صحت و خدمات انسانی ایالات متحده (Office for Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services) ارائه دهید، می توانید با مدیر حریم خصوصی ما با شماره رایگان 1-866-990-0111 به تماس شوید. به خاطر ثبت شکایت، کدام جریمه ای متوجه شما نخواهد بود. شکایت های کتبی باید به آدرس ذیل ارسال شوند:

WHO YOU CAN CONTACT FOR INFORMATION ABOUT THIS NOTICE OR OUR PRIVACY PRACTICES. If you have questions about this Notice or complaints about our privacy practices, or if you would like to know how to file a complaint with the Office for Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services, you can contact our Privacy Director toll free at 1-866-990-0111. You will not be penalized for filing your complaint. Written complaints must be submitted to:

University of Michigan Health System
Privacy Director
E. Medical Center Drive 1500
Ann Arbor, MI 48109-5434

ما ممکن است در هر زمانی پالیسی های حفظ حریم خصوصی خود را تغییر دهیم. پیش از انجام هر گونه تبدیل مهم، این اعلامیه را بازبینی کرده و نسخه ابدیت شده آن را در مراکز معالجوی خود و همچنین در وبسایت ذیل منتشر خواهیم کرد:

<http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>

We may change our privacy practices at any time. Before we make an important change, we will revise this Notice and post it in our facilities and on our website at: <http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>.

F. **تاریخ آغاز این اعلامیه:** 14 اپریل 2003 بازبینی شده در 1 جولای 2012 و 23 سپتمبر 2013
EFFECTIVE DATE OF THIS NOTICE: April 14, 2003, revised July 1, 2012 and Sept. 23, 2013.