

مستشفى ماساشوستس للعيون والأذن (MASSACHUSETTS EYE AND EAR INFIRMARY)،  
ومؤسسة (MASSACHUSETTS EYE AND EAR ASSOCIATES, INC.)

إشعار بممارسات الخصوصية

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك الطبية والكشف عنها، وكيفية تمكنك من الإطلاع على هذه المعلومات. الرجاء مراجعته بامعان.

من الذي سيتبع هذا الإشعار

يصف هذا الإشعار ممارسات الخصوصية المتبعة بواسطة مستشفى ماساشوستس للعيون والأذن (Massachusetts Eye and Ear Infirmary)، ومؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن (Massachusetts Eye and Ear Associates, Inc.)، وأطقم الرعاية الطبية، والأطباء، والمرضى، والموظفين الآخرين (المشار إليهم بصورة جماعية بعبارة "مؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن" أو "نحن"). يتم تشغيل مستشفى ماساشوستس للعيون والأذن (Massachusetts Eye and Ear Infirmary)، ومؤسسة (Massachusetts Eye and Ear Associates, Inc.) كهيئات مشاركة وكرتبيات منظمة للرعاية الصحية بموجب القانون الفيدرالي. ينطبق هذا الإشعار على خدماتنا التي تقدم في مستشفى ماساشوستس للعيون والأذن (Massachusetts Eye and Ear Infirmary)، الكائنة بالعنوان (243 Charles Street, Boston, Massachusetts)، بمدينة بوسطن، بولاية ماساشوستس، وبمواقع عيادات أخرى مملوكة لمؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن، أو تدار بواسطةها. إن مستشفى ماساشوستس للعيون والأذن ملزمة بحكم القانون أن تحافظ على سرية معلوماتك الصحية المحمية، وأن تزودك بإشعار يتضمن التكاليف القانونية وممارسات الخصوصية فيما يتعلق بالمعلومات الصحية المحمية.

يصف الإشعار أيضاً حقوقك المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية. "المعلومات الصحية المحمية" أو "PHI" هي معلومات عنك، تتضمن المعلومات الديمغرافية الأساسية، والتي يمكنها أن تكشف عن شخصيتك، وتلك التي تتعلق بماضي أو حاضر أو مستقبل ظروفك الصحية الجسدية أو العقلية، وما يتعلق بها من خدمات للرعاية الصحية.

إن مؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن، ملزمة بإتباع شروط إشعار ممارسات الخصوصية هذا. لن نقوم باستخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها دون الحصول على تصريح مكتوب منك، إلا في الحالات التي تم وصفها في هذا الإشعار. إننا نحفظ بالحق في تغيير ممارساتنا وهذا الإشعار لجعل الإشعار الجديد فعالاً لجميع المعلومات الصحية المحمية التي نحفظ بها. سوف يتم نشر الإشعار الساري في أي وقت على موقعنا الإلكتروني، [MassEyeandEar.org](http://MassEyeandEar.org)، وفي أماكن الإنتظار في مؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن، وفي مواقع العيادات التابعة لنا. كما سوف نقوم بتزويدك بإشعارنا المعدل عند طلبك لذلك.

**كيف يمكننا استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك، والكشف عنها**  
تصف الفئات التالية الطرق المختلفة التي نقوم باتباعها لاستخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك  
والكشف عنها. ونحن نقدم بعض الأمثلة لكل فئة من الاستخدامات أو حالات الكشف عن المعلومات.

**سوف نقوم باستخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك والكشف عنها للأغراض التالية:**

**العلاج:** المعلومات التي تم الحصول عليها بواسطة الممرضات، أو الأطباء، أو الأعضاء الآخرين في طاقم الرعاية الصحية، سوف يتم تسجيلها في سجلك الصحي، وستستخدم لتحديد وتطبيق طرق العلاج الخاصة بك. سوف يتضمن سجلك الصحي المعلومات الضرورية لنا لتقديم الرعاية المناسبة لك. قد يقوم موظفو مؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن بمشاركة معلومات تتعلق بك والكشف عن معلومات لأشخاص من خارج مؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن، من أجل تنسيق الرعاية الخاصة بك، مثل نقل بيانات الأدوية الموصوفة عبر الهاتف إلى الصيدلية الخاصة بك، أو تحديد مواعيد للفحوصات المعملية، أو طلب خدمات الأشعة، أو التنسيق مع طبيب آخر أو مؤسسة أخرى تقوم أيضاً بتقديم الرعاية الصحية لك.

**تسديد التكاليف:** قد ترسل فاتورة إليك أو إلى طرف ثالث يدفع تكاليف الرعاية التي تلقيتها من مؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن. وقد تتضمن المعلومات الموجودة بالفاتورة أو المصاحبة لها، معلومات يمكنها تحديد شخصيتك، بالإضافة إلى تشخيص حالتك، والإجراءات والمستلزمات التي تم استخدامها.

**عمليات الرعاية الصحية:** قد تقوم مؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن باستخدام معلومات خاصة بك لتشغيل منشأتنا والقيام بمهمتنا. على سبيل المثال، قد نستخدم المعلومات الخاصة بك لتقييم الرعاية والنتائج المتعلقة بحالتك والحالات المماثلة لها. كما أننا قد نقوم أيضاً بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لعمليات محددة للرعاية الصحية لمقدمين آخرين للرعاية الصحية.

**من المحتمل أن نقوم باستخدام أو الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية للأغراض التالية:**

**الكشف عن المعلومات لمقدمي الرعاية الصحية الآخرين:** قد تدخل مؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن في ترتيبات منظمة للرعاية الصحية مع مقدمين آخرين للرعاية الصحية لغرض التقديم التعاوني للرعاية الصحية. في مثل تلك الحالات، سوف تقوم مؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن باستخدام المعلومات الصحية المحمية والكشف للأعضاء الآخرين في ترتيبات الرعاية الصحية لأغراض العلاج، ودفع التكاليف، وعمليات الرعاية الصحية، أو كما هو مسموح به بخلاف ذلك في هذا الإشعار.

**شركاء الأعمال:** هناك بعض الخدمات التي تقدمها مؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن من خلال عقود مع شركاء للأعمال. تتضمن أمثلة الخدمات التي قد تقدم بواسطة شركاء الأعمال الفواتير، أو المعلومات التقنية، أو الخدمات القانونية، أو الدعاية. عندما نتعاقد على تلك الخدمات قد نقوم بالكشف عن المعلومات الصحية المحمية لشركائنا، حتى يتمكنوا من أداء الوظيفة التي طلبنا منهم أدائها لنا. ولحماية معلوماتك، يتعين على شركاء الأعمال أن يكون لديهم أيضاً تدابير وقائية لحماية خصوصية المعلومات الصحية المحمية.

**الدليل:** قد نضمّن اسمك، وعنوانك، وحالتك العامة، وإنتمائاتك الدينية في دليل المرضى دون الحصول على إذن أو تصريح كتابي منك إلا إذا قمت بالأعتراض على تضمينك في الدليل. قد يتم الكشف عن المعلومات المتضمنة في الدليل لأي شخص يسأل عنك بالاسم، أو بواسطة عضو من رجال الدين؛ ولكن سوف يتم الكشف عن إنتمائاتك الدينية فقط لعضو من رجال الدين.

**الاتصالات مع أفراد منخرطين في رعايتك أو في تسديد التكاليف الخاصة برعايتك:** المتخصصون الصحيون، مثل الأطباء أو الممرضات، وباستخدام تقديرهم المهني، قد يقومون بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية، لفرد من أفراد أسرتك، أو قريب آخر، أو صديق شخصي لك، أو أي شخص آخر تحدده، بما يتناسب مع انخراط هذا الشخص في رعايتك أو تسديد التكاليف المتعلقة برعايتك.

**الإشعار:** قد نقوم باستخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها لإشعار أو المساعدة في إشعار فرد من أفراد أسرتك، أو ممثلك الشخصي، أو شخص آخر مسؤولاً عن رعايتك، بموقعك وحالتك العامة. إذا لم تتمكن من الاتصال بفرد من أفراد أسرتك أو ممثلك الشخصي، فقد نقوم بترك رسالة لهم على رقم الهاتف الذي قمت أنت أو قاموا هم بتزويدنا به.

**الإغاثة في حالات الكوارث:** قد نقوم باستخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها لهيئة مشاركة في تقديم جهود الإغاثة في حالات الكوارث (مثل جمعية الصليب الأحمر الأمريكي) لغرض التنسيق مع تلك الهيئة لإشعار أو المساعدة في إشعار فرد من أفراد أسرتك، أو ممثلك الشخصي، أو شخص آخر مسؤول عن رعايتك، بموقعك وحالتك العامة.

**الاتصالات الشخصية:** قد نقوم بالاتصال بك لتقديم موعداً أو للتذكير بمواعيد ملء الأدوية الموصوفة أو لتقديم معلومات عن بدائل العلاج أو منافع وخدمات أخرى متعلقة بالصحة، قد تحظى بأهتمامك.

**جمع الأموال:** قد نقوم بالاتصال بك لطلب مساهمات مخصصة من الضرائب لدعم الأنشطة الهامة التي تقوم بها مؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن. إذا رغبت في تقديم مساهمات مخصصة من الضرائب أو إذا كنت لا ترغب في تلقي أية طلبات لجمع الأموال في المستقبل، يمكنك الاتصال بمكتب التنمية التابع لمؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن على رقم الهاتف 573-3345 (617).

**إننا مسموح لنا أو ملزمون باستخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها للأغراض التالية:**

**إدارة الأغذية والأدوية (FDA):** قد نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لإدارة الأغذية والأدوية، أو أشخاص يعملون تحت سلطة إدارة الأغذية والأدوية، المتعلقة بالآثار العكسية الخاصة بالأغذية أو الأدوية أو المكملات الغذائية أو المنتجات وعيوب المنتجات، أو معلومات المراقبة الخاصة بمرحلة ما بعد التسويق، للتمكن من سحب منتج معين أو إصلاحه أو استبداله.

**الصحة العامة:** كما هو مطلوب طبقاً للقانون، قد نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية إلى سلطات الصحة العامة أو السلطات القانونية المعنية بالوقاية من أو السيطرة على الأمراض، أو الإصابات، أو الإعاقات، و/ أو المسؤولية عن جمع المعلومات المتعلقة بالمواليد والوفيات.

**أنشطة مراقبة الصحة:** قد نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لووكالة رقابية للأنشطة المصرح بها قانوناً. هذه الأنشطة الرقابية تتضمن التدقيق، والتحقق، وعمليات التفتيش، الضرورية للتراخيص المهنية والحكومة للقيام بمراقبة نظام الرعاية الصحية، والبرامج الحكومية، والإنصياح لقوانين الحقوق المدنية.

**لتفادي تهديدات خطيرة للصحة أو السلامة:** قد نقوم باستخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها عند الضرورة لمنع أو تجنب تهديد خطير لصحتك وسلامتك أو للصحة والسلامة العامة أو لشخص آخر.

**ضحايا الاستغلال أو الإهمال أو العنف العائلي:** قد نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لسلطة حكومية، مثل مكتب ماساشوستس للأطفال (Massachusetts Office for Children) أو مكتب ماساشوستس التنفيذي لشؤون المسنين (Massachusetts Executive Office of Elder Affairs)، إذا كنا نعتقد بقدر معقول أنك ضحية للاستغلال أو الإهمال. سوف نقوم فقط بالكشف عن هذه النوعية من المعلومات بالقدر المطلوب قانوناً، إذا وافقت على هذا الكشف، أو إذا كان ذلك الكشف مطلوب أو مسموح به قانوناً، وكنا نعتقد أنه ضروري لمنع ضرر خطير قد يصيبك أو يصيب شخص آخر، أو إذا كانت سلطات إنفاذ القانون أو مسئولاً عاماً سيتسلم التقرير أفاد بضرورة هذا الكشف وأنه لن يستخدم ضدك. في مثل تلك الحالات، سوف نقوم بإخطارك فوراً بأنه قد تم عمل تقرير أو سيتم عمله، إلا إذا كان هناك سبباً للاعتقاد بأن تقديم تلك المعلومات قد يصيبك أنت أو شخص آخر بضرر خطير.

**إنفاذ القانون والإذعان القانوني:** سوف نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لأغراض إنفاذ القانون كما هو مطلوب قانوناً أو كاستجابة لمذكرة إحضار أو أمر قضائي. سوف نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية عندما يكون ذلك مطلوباً وفقاً للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي. إذا كنت منخرطاً في دعوى قضائية أو نزاع قضائي، قد نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية كاستجابة لأمر قضائي أو أمر إداري. وطبقاً لقوانين الولاية المطبقة، قد نقوم أيضاً بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية كاستجابة لمذكرة إحضار، أو طلب تحري، أو إجراء قانوني آخر بواسطة شخص آخر منخرط في النزاع، ولكن فقط إذا تم بذل مساعي، أما بواسطتنا أو بواسطة الطرف الطالب، لإخطارك بهذا الطلب أو للحصول على أمر لحماية المعلومات المطلوبة.

**الإذعان للمتطلبات التنظيمية:** يسمح القانون الفيدرالي بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لووكالة الرقابة الصحية المناسبة، أو لسلطة أو محامي الصحة العامة، إذا كان هناك عضو في مجموعة العمل الخاصة بنا أو شركائنا يعتقد بنية حسنة أننا قد انخرطنا في ممارسة غير قانونية أو قمنا بمخالفة المعايير المهنية أو العيادية، واحتمال تعريضنا واحداً أو أكثر من مرضانا أو موظفينا أو العامة للخطر.

**الأبحاث:** قد نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية للباحثين عندما تكون بروتوكولات أبحاثهم ومعايير الخصوصية قد تمت مراجعتها وإعتمادها بواسطة مجلساً للمراجعة القانونية. إضافة إلى ذلك، قد تتم مراجعة بعض عناصر معلوماتك الصحية المحمية بواسطة أطبائنا أو موظفونا أو العاملين لدينا لتحديد احتمالية تأهلك لواحد أو أكثر من الأبحاث السريرية وقد نتصل بك لتحديد رغبتك في المشاركة.

**منظمات تدبير الأعضاء أو الأنسجة:** قد نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية، وفقاً للقوانين المطبقة، لمنظمات تدبير الأعضاء أو هيئات أخرى منخرطة في تدبير أو حفظ أو زراعة الأعضاء لأغراض التبرع بالأنسجة وزراعتها.

**محققو الوفيات، وأطباء العدل ومدراء ترتيب مراسم الجنازات:** قد نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لمحقق الوفيات أو طبيب العدل. قد يكون ذلك ضرورياً، على سبيل المثال لتحديد شخصية شخص متوفي أو لتحديد سبب الوفاة. كما أننا قد نقوم أيضاً بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لمدراء ترتيب مراسم الجنازات بما يتوافق مع القوانين المطبقة لتمكينهم من القيام بمهامهم.

**تعويضات العمال:** قد نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية للمدى المسموح به قانوناً ولضرورة الانصياع للقوانين المتعلقة بتعويضات العمال.

**القوات المسلحة وقدامى المحاربين:** إذا كنت عضواً في القوات المسلحة، قد نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية بما هو مطلوب من قبل سلطات القيادة العسكرية. كما قد نقوم أيضاً بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية عن أفراد القوات المسلحة الأجنبية لسلطات القوات المسلحة الأجنبية المناسبة.

**المؤسسات الإصلاحية:** إذا كنت أو أصبحت نزيلًا في مؤسسة إصلاحية، فقد نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لهذه المؤسسة أو مندوبيها بما هو ضروري لصحتك وصحة وسلامة الأفراد الآخرين.

**الأمن القومي والأنشطة الاستخباراتية:** قد نقوم بالكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك للمسؤولين الفيدراليين المخولين بالاستخبارات والاستخبارات المضادة وأنشطة الأمن القومي الأخرى المسموح بها قانوناً.

**خدمات حماية رئيس الجمهورية والآخرين:** قد نقوم بالكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك للمسؤولين الفيدراليين المخولين حتى يتمكنوا من حماية رئيس الجمهورية، أو الأشخاص المسؤولين الآخرين، أو قادة الدول الأجنبية، أو للقيام بتحقيقات خاصة.

### **استخدامات وكشوفات أخرى للمعلومات الصحية المحمية (PHI)**

سوف نقوم بالحصول على تصريح كتابي منك قبل استخدام أو الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لأغراض أخرى بخلاف تلك المذكورة أعلاه (أو بخلاف ما هو مسموح به أو مطلوب قانوناً). كما يمكنك إلغاء التصريح كتابة في أي وقت. بعد تسلمنا للإلغاء الكتابي، سوف نتوقف عن استخدام أو الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية، إلا بالمدى الذي قمنا به طبقاً لتصريحك.

### **حقوقك الخاصة بالمعلومات الصحية**

لديك الحقوق التالية فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية:

**طلب فرض قيود على استخدامات وكشوفات محددة للمعلومات الخاصة بك:** لديك الحق في أن تطلب منا عدم استخدام أو الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لغرض معين يتعلق بالعلاج، أو تسديد التكاليف، أو عمليات الرعاية الصحية، و/ أو أن تقوم بتحديد المعلومات التي نقوم بالكشف عنها لفرد معين من أفراد العائلة، أو قريب آخر، أو صديق حميم، أو أي شخص آخر منخرط في رعايتك أو تسديد تكاليف الرعاية الخاصة بك. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا عدم إخطار أحد أفراد أسرتك بمكانك أو حالتك العامة،

أو يمكنك أن تطلب منا ألا نستخدم أو نكشف عن معلومات عن عملية طبية تم إجرائها لك. إضافة إلى ذلك، يمكنك أن تطلب منا عدم الكشف عن معلوماتك لمنظمات الإغاثة في حالات الكوارث. غير أننا لسنا مطالبين بالموافقة على طلبك. لطلب فرض قيود، يتعين عليك إرسال طلباً مكتوباً إلى المكتب المدرج أدناه.

**طلب اتصالات سرية:** لديك الحق في طلب أن نقوم بالاتصال بك بطرق بديلة أو في مواقع بديلة. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا أن نتصل بك بخصوص الأمور الطبية فقط كتابة أو على عنوان سكن مختلف أو صندوق بريد. لكي تطلب اتصالات سرية بخصوص معلوماتك الصحية المحمية، يتعين عليك تقديم طلباً مكتوباً إلى المكتب المذكور أدناه. يتعين أن يتضمن طلبك كيف ومتى ترغب منا أن نتصل بك، ولكن لا يتعين عليك أن تخبرنا بالسبب في طلب اتصالات سرية. يمكننا أن نطلب، من ناحية أخرى، أن نقوم بالتنسيق معنا لضمان استخدام طريق مرضية للاتصال بك بخصوص تسديد تكاليف خدماتنا والحصول على المدفوعات الخاصة بها. وسوف نقوم باعتبار الطلبات المعقولة.

**الإطلاع على نسخة من معلوماتك والحصول عليها:** لديك الحق في الحصول على نسخة من معلوماتك الصحية المحمية والمتضمنة في سجلاتك الطبية والفواتير الخاصة بك طيلة فترة احتفاظ مؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن بتلك المعلومات. للإطلاع على معلوماتك الصحية المحمية أو عمل نسخة منها، يتعين عليك إرسال طلباً كتابياً إلى المكتب المذكور أدناه. إذا طلبت نسخة من المعلومات، فقد نقوم بتحصيل رسوم منك لتغطية تكلفة النسخ، أو الإرسال بالبريد، أو لتغطية مستلزمات أخرى لتلبية طلبك. قد نقوم برفض طلبك للإطلاع على معلوماتك الصحية المحمية أو الحصول على نسخة منها في بعض الظروف المحددة. إذا قمنا برفض طلبك، يمكنك أن تطلب منا إعادة النظر في هذا الرفض. تبعاً لسبب الرفض، قد نطلب من شخص متخصص في الرعاية الصحية القيام بمراجعة طلبك وسبب الرفض.

**تعديل المعلومات الخاصة بك:** إذا كنت تشعر بأن معلوماتك الصحية المحمية التي بحوزتنا غير كاملة أو غير صحيحة، يمكنك أن تطلب منا تعديل هذه المعلومات. يمكنك أن تطلب التعديل في أي وقت طالما أننا مازلنا نحفظ بمعلوماتك الصحية المحمية. لطلب التعديل، يتعين عليك إرسال طلباً مكتوباً إلى المكتب المذكور أدناه. إضافة إلى ذلك، يتعين عليك تضمين السبب الذي يدعم طلبك. في بعض الحالات، قد نقوم برفض طلبك للتعديل. إذا رفضنا طلبك للتعديل، فلديك الحق في تقديم بيان بعدم الموافقة وقد نقوم بتزويدك برد على بيانك.

**تسلم بيان بحالات الكشف عن المعلومات الخاصة بك:** لديك الحق في تسلم بيان بحالات الكشف عن المعلومات الخاصة بك والتي قمنا بها بخصوص معلوماتك الصحية المحمية لمعظم الحالات بخلاف العلاج، أو تسديد التكاليف، أو عمليات الرعاية الصحية. سوف يستثني البيان حالات الكشف عن المعلومات التي قمنا بها مباشرة لك، وحالات الكشف عن المعلومات لأصدقاء أو أفراد الأسرة المنخرطين في حالتك، وحالات الكشف عن المعلومات التي تمت بناء على تفويض صحيح، وحالات الكشف عن المعلومات لأغراض الإشعار. إن حقا في تسلم هذا البيان يخضع لبعض الاستثناءات والقيود والمحددات الأخرى.

لطلب الحصول على بيان، يتعين عليك ضرورة تقديم طلباً مكتوباً للمكتب المذكور أدناه. يتعين أن يحدد طلبك الفترة الزمنية التي تطلب البيان عنها، ويتعين ألا تكون أطول من 6 سنوات. البيان الأول الذي تطلبه خلال فترة 12 شهراً سوف يتم تقديمه لك مجاناً، ولكننا قد نقوم بتحصيل تكاليف تقديم بيانات إضافية. سوف نقوم بإخطارك بتكاليف تقديم بيانات إضافية. سوف نقوم بإخطارك بالتكاليف ويمكنك أن تختار سحب

أو تعديل طلبك في أي وقت.  
لتقديم طلب يتعلق بحقوقك المذكورة أعلاه، نرجو الاتصال بالجهة التالية:

Health Information Services  
Massachusetts Eye and Ear Infirmary  
243 Charles Street  
Boston, Massachusetts 02114

**الحصول على نسخة مطبوعة من إشعار ممارسات الخصوصية هذا عند الطلب:** يمكنك طلب نسخة من هذا الإشعار في أي وقت. حتى وإن كنت قد وافقت على تسلم الإشعار إلكترونياً، فمازلت مؤهلاً للحصول على نسخة مطبوعة من هذا الإشعار. للحصول على نسخة من هذا الإشعار، نرجو الاتصال بمسؤول الخصوصية بمؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن، باستخدام بيانات الاتصال المذكورة أدناه.

### الإلتزام بالقوانين

إذا كان هذا الإشعار يخضع لأكثر من قانون، فسوف نتبع أكثر القوانين صرامة.

### للحصول على مزيد من المعلومات أو للإبلاغ عن مشكلة

إذا كانت لديك أية أسئلة، أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات حول ممارسات الخصوصية الخاصة بمؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن، نرجو الاتصال بالطرف التالي:

Privacy Officer  
Massachusetts Eye and Ear Infirmary  
243 Charles Street  
Boston, Massachusetts 02114  
هاتف: (617) 263-1600  
بريد إلكتروني: Privacy\_Office@meei.harvard.edu

إذا كنت تعتقد أنه قد تمت مخالفة حقوق الخصوصية الخاصة بك، يمكنك تقديم شكوى لدى مسؤول الخصوصية بمؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن، أو لدى وزير الصحة والخدمات الإنسانية للولايات المتحدة، على العنوان التالي:

The Office for Civil Rights  
US Department of Health and Human Services  
J. F. Kennedy Building, Room 1875  
Government Center  
Boston, Massachusetts 02203  
فاكس: (617) 565-3809  
بريد إلكتروني: OCRcomplaint@hhs.gov

*لن يكون هناك أية إجراءات إنتقامية من قبل مؤسسة ماساشوستس للعيون والأذن بسبب تقديم شكوى.*