

## ENDEAVOR HEALTH إخطار ممارسات الخصوصية

يشرح إخطار ممارسات الخصوصية هذا، (يُشار إليه باسم "الإخطار")، طريقة استخدام معلومات سجلك الطبي والكشف عنها وطريقة وصولك إلى هذه المعلومات.

يُرجى مراجعة هذا الإخطار بعناية.

تلتزم Endeavour Health وجميع الشركات الفرعية والشركات التابعة لها وشركاؤها (يُشار إليهم باسم "Endeavor Health" أو "نحن" أو "التابع لنا" أو "الخاص بنا")، بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية معلومات سجلك الطبي والتي تشمل معلوماتك الصحية المحمية أو (Protected Health Information, PHI) (يُشار إليها باسم "معلومات السجل الطبي")، وتلتزم بتقديم إخطار لك بمسؤولياتنا القانونية وممارسات الخصوصية لحماية هذه المعلومات.

نستخدم هذا الإخطار للامتثال للقوانين الفيدرالية المعمول بها وحقوق الخصوصية وإجراءات حماية المرضى الموضح حقوقهم أدناه. ونحتفظ بالحق في تغيير هذا الإخطار لأي سبب من الأسباب، وفقاً لما يقتضيه القانون أو ما لا يحظره القانون. سيتم تطبيق التغييرات على جميع معلومات السجل الطبي وأي معلومات أخرى لدينا عنك.

### حقوقك:

#### الحصول على نسخة ورقية أو إلكترونية من معلومات سجلك الطبي:

- يجوز لك أو لممتلك القانوني طلب نسخة ورقية أو إلكترونية من معلومات سجلك الطبي التي نحتفظ بها.
- إذا كان لديك إمكانية الوصول إلى إحدى البوابات الإلكترونية لخدمات المرضى التابعة لـ Endeavor Health (على سبيل المثال، NCH MyChart، و NorthShoreConnect، و Eduard-Elmhurst Health MyChart، وما إلى ذلك)، فإنه يمكنك الاطلاع على جزء محدود من معلومات سجلك الطبي وطباعتها بنفسك.
- يُرجى الاطلاع على الدليل (أ) لمعرفة تفاصيل عن طريقة حصولك أو حصول ممثلك القانوني على نسخة ورقية أو إلكترونية من معلومات سجلك الطبي.
- قد نعرض عليك رسوماً بتكلفة بسيطة تحددها "ولاية إلينوي" سنوياً مقابل الحصول على نُسخ من معلومات سجلك الطبي.
- قد نوفر ملخصاً أو نسخة من معلومات سجلك الطبي بالتنسيق الذي تطلبه. سنرد على طلبك خلال 30 يوماً من تاريخ استلامنا له.
- سنخاطبك كتابياً في حالة: (1) حاجتنا إلى 30 يوماً إضافياً لتلبية طلبك، أو (2) تعذرنا عن تقديم معلومات سجلك الطبي بالتنسيق الذي طلبته، أو (3) ضرورة رفضنا لطلبك وسنوضح لك سبب ذلك.

#### مطالبتنا بتصحيح سجلك أو تعديله:

- يمكنك أن تطلب منا تصحيح معلومات سجلك الطبي التي تعتقد أنها غير صحيحة أو غير كاملة.
- يجب أن يكون الطلب كتابياً.
- قد نرفض طلبك وسنرسل إليك خطاباً يتضمن السبب خلال 60 يوماً من تاريخ استلامنا لطلبك المكتوب.

### تلقي المراسلات بصورة سرية:

يمكنك أن تطلب منا، كتابياً، التواصل معك بطريقة معينة، أو الاتصال بك على رقم هاتف آخر، أو إرسال بريد إلى عنوان محدد. ولست مضطراً لتقديم مبررات. فنحن نسعى لتلبية كافة الطلبات المعقولة. وإذا لم نتمكن من التواصل معك باستخدام المواقع أو أرقام الهواتف أو الطرق التي طلبتها، فقد نتواصل معك باستخدام أي معلومات متاحة لدينا. تتضمن أساليب التواصل الخاصة بنا ما يلي:

- يجوز لمنظمة Endeavour Health أو مورد خارجي متعاقد معها التواصل معك عبر الهاتف أو كتابياً أو، في حال موافقتك، عن طريق رسالة نصية أو بريد إلكتروني، بخصوص معلومات تتعلق برعايتك الصحية، مثل تذكيرك بموعد، وإعطائك تعليمات عن اختبار أو عملية خاصة بك أو تذكيرك بالخدمات الصحية الوقائية والفحوصات والاختبارات وما إلى ذلك.
- قد نتواصل معك شخصياً أو كتابياً أو عبر الهاتف أو الهاتف المحمول أو البريد الإلكتروني الآمن و/أو البريد الإلكتروني غير الآمن، بناءً على طلب المريض بعد إبلاغه بالمخاطر واستعداد المريض لتحمل هذه المخاطر، عبر البوابات الإلكترونية لخدمات المرضى الخاصة بنا، أو قد نترك رسائل آلية أو مسجلة مسبقاً على بريدك الصوتي.

### مطالبتنا بالحد من المعلومات التي نستخدمها أو نشرها:

يمكنك أن تطلب منا عدم استخدام بعض معلومات سجلك الطبي أو مشاركتها مع مقدمي الخدمة الآخرين الذين يعالجونك، أو مع شركة التأمين الصحي أو شركة التأمين الأخرى الخاصة بك لأسباب تتعلق بالدفع، أو لأغراض عمليات الرعاية الصحية مثل التواصل معك للمشاركة في دراسة بحثية أو تجربة سريرية وجمع التبرعات أو لأسباب أخرى لا يحظرها القانون. يُرجى الاطلاع على الدليل (أ) لمعرفة طريقة إلغاء الاشتراك. يمكن تقديم هذا الطلب كتابياً أو كما هو موضح في الدليل (أ).

إذا كنت تدفع التكلفة الكاملة لخدمة الرعاية الصحية أو العلاج أو أي عنصر آخر من مالك الخاص، فإنه يمكنك أن تطلب منا عدم مشاركة تلك المعلومات مع شركة التأمين الخاصة بك لأغراض تتعلق بالدفع. و"سواءً" على ذلك ما لم يلزمنا القانون بمشاركة معلوماتك.

نشارك في برامج السجلات الطبية الإلكترونية التي تسمى Epic Care Everywhere® و Epic Care Link®، وبرامج مشاركة البيانات الأخرى غير المدرجة هنا (يُشار إليها باسم "برامج مشاركة البيانات"). تسمح برامج مشاركة البيانات هذه لمقدمي الخدمات خارج Endeavour Health وداخلها بالاطلاع على معلومات سجلك الطبي لأغراض تتعلق بالعلاج. يمكنك طلب عدم المشاركة في Epic Care Everywhere. يُرجى الاطلاع على الدليل (أ) لمعرفة طريقة إلغاء الاشتراك في Epic Care Everywhere.

### مطالبتنا بالجهات التي شاركنا معها معلومات سجلك الطبي:

سنزودك بقائمة (بيان) ببعض عمليات الكشف عن معلومات سجلك الطبي، ولا تشمل عمليات الكشف عن المعلومات المتعلقة بالعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية وبعض عمليات الكشف الأخرى التي يتطلبها القانون وأي عمليات كشف طلبت منا القيام بها (يُشار إليها إجمالاً باسم "بيان عمليات الكشف"). يمكنك أن تطلب منا "بيان عمليات الكشف" لمدة تصل إلى ست سنوات (6) ماضية من تاريخ طلبك. سيتضمن "بيان عمليات الكشف" الجهات التي شاركنا معها معلومات سجلك الطبي، وسبب هذه المشاركة. يجب تقديم هذا الطلب كتابياً كما هو موضح في الدليل (أ). في معظم الحالات، سنرسل "بيان عمليات الكشف" خلال 60 يوماً من استلام طلبك. وإذا كنا بحاجة إلى 30 يوماً إضافية لمعالجته، فسنخبرك بذلك.

سنقدم هذه القائمة مجاناً لمرة واحدة خلال فترة 12 شهراً من تاريخ استلام الطلب. يمكنك طلب نسخ إضافية خلال فترة 12 شهراً، وسنفرض عليك رسوماً بتكلفة بسيطة وعلى حسب نوع الخدمة مقابل كل بيان إضافي مطلوب.

### طلب نسخة من هذا الإخطار:

يمكنك الحصول على نسخة من هذا الإخطار إلكترونياً عبر البريد الإلكتروني أو البوابة الإلكترونية لخدمات المرضى أو من خلال مواقعنا الإلكترونية. يمكنك طلب نسخة ورقية من هذا الإخطار في أي وقت، بصورة شخصية أو عبر البريد، حتى في حالة موافقتك على استلام الإخطار إلكترونياً.

### اختيار شخصاً ينوب عنك:

إذا عينت شخصاً ما باعتباره ممثلاً شخصياً لك من خلال توكيل طبي أو كان هناك شخص ما هو الوصي القانوني عليك، فقد يتمكن هذا الشخص من ممارسة حقوق معينة واتخاذ قرارات طبية نيابةً عنك، وسنشارك معلومات سجلك الطبي مع هذا الشخص.

### تقديم شكوى إذا كنت تعتقد أن حقوقك قد تعرضت للانتهاك:

يمكنك تقديم شكوى إذا شعرت بأننا انتهكنا حقوقك من خلال التواصل مع:

- مكتب شؤون الخصوصية (Privacy Office) الخاص بـ Endeavour Health: التواصل كتابياً على العنوان التالي  
Endeavor Health, Corporate Compliance Department – Privacy Office, 4201 Winfield Road,  
Warrenville, IL 60555؛ أو عبر البريد الإلكتروني بمراسلة [privacyofficer@eehealth.org](mailto:privacyofficer@eehealth.org)؛ أو عبر الهاتف على  
الرقم (847) 570-5284.
- يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية  
(U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) عبر البريد على العنوان  
التالي: U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights 200 Independence  
Avenue, SW, Washington, DC 20201؛ أو عبر الهاتف على الرقم (877) 696-67751؛ أو عبر البريد الإلكتروني  
على [www.hhs.gov/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/privacy/hipaa/complaints).

لن ننتقم منك لتقديم شكوى بحسن نية.

### الإبلاغ بخيارك:

قد يكون لديك بعض الخيارات بخصوص طريقة استخدامنا لمعلومات سجلك الطبي. يمكنك أيضاً إخبارنا بمن ترغب في مشاركة معلومات سجلك الطبي معه أو، في ظروف معينة، يمكنك إخبارنا بمن لا ترغب في مشاركة معلومات سجلك الطبي معه.

لديك الحق في إخبارنا بطريقة:

- مشاركة معلومات سجلك الطبي مع عائلتك أو جهات الاتصال الشخصية أو الأشخاص الآخرين المشاركين في عملية رعايتك الصحية؛
- مشاركة معلومات سجلك الطبي في حالات الطوارئ أو الكوارث؛
- إدراج معلومات سجلك الطبي في دليل المستشفى.

على سبيل المثال، لأغراض عمليات المستشفى، قد نقوم بإدراج اسمك وموقع المستشفى وحالتك العامة و/أو ديانتك المحددة في دليل المستشفى لدينا ما لم تطلب منا عدم القيام بذلك. قد نكشف عن هذه المعلومات لأعضاء فريق الرعاية الروحية لدينا. يمكنك أن تخبرنا بأنك لا تريد أن يتم إدراجك في الدليل أو إخبارنا بالمعلومات التي ترغب في مشاركتها. إذا لم تتمكن من إخبارنا بهذه المعلومات، فقد نبادر بمشاركة هذه المعلومات إذا اعتقدنا أن ذلك يصب في مصلحتك. يجوز لنا أيضًا مشاركة هذه المعلومات عند الحاجة لتخفيف حدة تهديد خطير أو وشيك يمكن أن يلحق الأذى بك أو بالآخرين.

ما لم نحصل على إذنك أو أن الأمر يسمح به القانون، فلن نقوم بما يلي:

- استخدام معلومات سجلك الطبي لأغراض تسويقية؛
- بيع معلومات سجلك الطبي؛
- الكشف عن معلومات سجلك الطبي المتعلقة بعلاج الصحة السلوكية أو اضطراب تعاطي الكحول أو المخدرات و/أو التشخيصات المتعلقة بأمور شخصية للغاية أخرى، بما في ذلك تقارير العلاج النفسي؛
- الكشف عن أي من معلومات سجلك الطبي إلى السجلات التابعة للولاية.

قد نتواصل معك لأغراض جمع التبرعات لدعم مهمتنا في توفير الرعاية الصحية، ما لم تخبرنا بعدم القيام بذلك. بموجب القانون المعمول به، يجوز لنا استخدام المعلومات التالية للتواصل معك: الاسم والعنوان ورقم الهاتف وتواريخ تلقي خدمات الرعاية الصحية والعمر ونوع الجنس وقسم الرعاية الصحية والطبيب المعالج ومعلومات عن النتائج الطبية وحالة التأمين الصحي.

إذا كنت لا تريد أن يتم التواصل معك، فاتبع التعليمات الواردة في الدليل (أ) لتقديم الطلب.

### طريقة استخدام معلوماتك ومشاركتها:

يجوز لنا دون إشعار أو إذن استخدام معلومات سجلك الطبي و/أو مشاركتها داخل Endeavour Health ومع الجهات الخارجية، لأغراض تتعلق بالعلاج والدفع والعمليات، ما لم يكن ذلك محظورًا بمقتضى القانون. فيما يلي قائمة غير حصرية تضم أمثلة على طريقة مشاركة Endeavour Health لمعلومات سجلك الطبي:

- لأغراض بحثية مثل التحضير لدراسة بحثية أو إذا وافق مجلس المراجعة المؤسسية (Institutional Review Board, IRB) لدينا على عمل تغيير في إذن ما أو التخلي عنه.
- لأسباب تتعلق بالصحة العامة مثل منع انتشار مرض ما.
- لأسباب تتعلق بالسلامة مثل المساعدة في إشعار سحب منتج أو الإبلاغ عن حدوث استجابات سيئة تجاه أدوية.
- للإبلاغ عن اشتباه في حدوث إساءة أو إهمال أو استغلال، مثل إساءة معاملة الأطفال والعنف المنزلي وإساءة معاملة كبار السن.
- لأغراض تحسين الجودة.
- للامتثال لقانون ولاية إلينوي المعمول به والقانون الفيدرالي، مثل قانون إخضاع التأمين الصحي لقبولية النقل والمحاسبة (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)، الذي يتضمن تقديم التقارير إلى الهيئات التنظيمية الفيدرالية والولاية مثل إدارة شؤون الصحة العامة (Department of Public Health) بولاية إلينوي و/أو وزير الصحة والخدمات الإنسانية.
- لأغراض التبرع بالأعضاء.
- للتعاون مع الطبيب الشرعي، أو الفاحص الطبي، أو متعهد الدفن.

- لمواجهة طلبات تعويض العمال أو طلبات تطبيق القانون أو الطلبات الحكومية الأخرى بالقدر الذي يسمح به القانون.
- لمواجهة الدعاوى القضائية والإجراءات القانونية الأخرى.
- للمشاركة مع الجهات الخارجية التي تقدم خدمات تنفيذية طبية وخاصة بالدفع والرعاية الصحية وقد تتطلب استخدام معلومات سجلك الطبي وتخضع لقانون HIPAA ويُطلب منها حماية خصوصية وأمان معلومات سجلك الطبي بنفس الطريقة الملزمة بها Endeavor Health.
- لإرسال سجلات التطعيم الخاصة بك إلى سجل التطعيم بولاية إلينوي أو جهات العمل أو المدارس لأسباب تتعلق بالصحة العامة، ويتم الحصول على الموافقة المناسبة لهذا الأمر، عند الاقتضاء.
- للتواصل مع أحد الوالدين أو الوصي القانوني إذا كنت قاصرًا، تحت سن 18 عامًا، ما لم يكن ذلك مسموحًا به بموجب قانون ولاية إلينوي أو القانون الفيدرالي؛
- لتطوير تكنولوجيا الرعاية الصحية، مثل تعلم الآلة والذكاء الاصطناعي، وهو ما يؤدي بدوره إلى تحسين جودة الرعاية أو طريقة تقديمها أو نتائجها.

بالإضافة إلى الاستخدامات الأخرى للمعلومات وعمليات الكشف التي لا يحظرها القانون، يجوز لنا استخدام معلومات سجلك الطبي لإنشاء معلومات صحية غير محددة الهوية (De-identified Health Information, DHI) (يُشار إليها اختصارًا بـ "DHI") والتي لا يمكن لأي فرد التعرف عليها وفقًا لقانون HIPAA. يجوز لنا أيضًا الكشف عن معلومات سجلك الطبي إلى أحد شركاء العمل بغرض إنشاء معلومات صحية غير محددة الهوية (DHI). يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية غير محددة الهوية (DHI) أو مشاركتها أو الكشف عنها لأي غرض قانوني، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الأغراض التجارية، دون الحصول على إذن منك وقد نسمح للجهات الخارجية بفعل الشيء نفسه.

#### مسؤولياتنا:

- نلتزم بموجب قانون ولاية إلينوي والقانون الفيدرالي المعمول به، بالحفاظ على خصوصية وأمن معلومات سجلك الطبي.
- سنبلغك إذا حدث انتهاك لخصوصية أو أمان معلومات سجلك الطبي.
- علينا اتباع الواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإخطار ومنحك نسخة مكتوبة منه عند الطلب.
- لن نستخدم معلومات سجلك الطبي أو نشاركها بخلاف ما هو موضح في هذا الإخطار ما لم نخبرنا كتابيًا أنه يمكننا فعل ذلك. يمكنك تغيير رأيك في أي وقت عن طريق إخبارنا بذلك كتابيًا. لن يؤثر قرارك بتغيير رأيك على أي استخدام لمعلومات سجلك الطبي أو مشاركة لها حدث قبل تاريخ تلقي Endeavour Health لطلبك المكتوب.
- سنحمي معلوماتك الجينية وفقًا للقانون المعمول به.

هذه الوثيقة مكتوبة بالإنجليزية. وإذا تمت ترجمة هذه الوثيقة إلى أي لغة أخرى، فستسري في الأساس أحكام النسخة الإنجليزية.

تاريخ سريان هذا الإخطار: 2 يناير 2024

ينطبق إخطار ممارسات الخصوصية هذا على الكيان المشمول التابع لـ Endeavour Health. وينطبق هذا على جميع الأقسام والوحدات ومتخصصي الرعاية الصحية العاملين والطلاب وأعضاء المجموعات التطوعية الذين يُسمح لهم بمساعدتك في أثناء إقامتك أو علاجك في منشأة تابعة لـ Endeavour Health. وتتبع جميع الكيانات شروط إخطار ممارسات الخصوصية هذا، ويجوز لها مشاركة معلوماتك مع بعضها لأغراض تتعلق بالعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. قد يتم تحديث هذه القائمة من وقت لآخر. للحصول على القائمة الحالية للكيانات المشاركة، يرجى التواصل مع مكتب شؤون الخصوصية (Privacy Office) التابع لـ Endeavour Health على العنوان التالي، Endeavour Health, Corporate Compliance Department – Privacy Office, 4201 Winfield Road, Warrenville, IL 60555; أو عبر البريد الإلكتروني بمراسلة [privacyofficer@eehealth.org](mailto:privacyofficer@eehealth.org).

تحتفظ شركة Endeavour Health بمجموعة السجلات المخصصة لها باستخدام نظام سجل صحي إلكتروني (Electronic Medical Record, EMR) (أو ما يُشار إليه اختصارًا بـ "EMR")، الذي تتم مشاركته مع بعض عيادات الأطباء المحلية الأخرى التي تشارك في منظمة رعاية مسؤولة (Accountable Care Organization, ACO) (أو ما يُشار إليه اختصارًا بـ "ACO"). من خلال نظام EMR، يتم دمج معلومات السجل الطبي لمرضى Endeavor Health مع معلومات مقدمي الخدمات الآخرين الذين يشاركون في نظام EMR (يُشار إلى كل منهم باسم "الكيان المشمول المشارك" وإجمالاً باسم، "الكيانات المشمولة المشاركة")، بحيث يكون كل مريض لديه سجل صحي شامل واحد يختص بخدمات الرعاية الصحية التي تقدمها الكيانات المشمولة المشاركة. وعلى هذا النحو، شكلت الكيانات المشمولة المشاركة نظامًا واحدًا أو أكثر من أنظمة الرعاية الصحية المنظمة التي تشارك فيها الكيانات المشمولة المشاركة في مراجعة الاستخدام المشترك أو أنشطة ضمان الجودة، وهي بذلك تكون مؤهلة للمشاركة في اتفاقية الرعاية الصحية المنظمة (Organized Health Care Arrangement, OHCA) (أو ما يُشار إليه اختصارًا بـ "OHCA"). ومع وجود استثناءات محدودة، بصفتنا مشاركين في اتفاقية OHCA، يجوز لجميع الكيانات المشمولة المشاركة ومنظمات ACO استخدام معلومات السجل الطبي الواردة في نظام EMR والكشف عنها لأغراض تتعلق بالعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية لكل من المشاركين في اتفاقية OHCA أو منظمات ACO.

تحتفظ Endeavour Health بمجموعة السجلات المخصصة لها باستخدام سجل صحي إلكتروني (يُشار إليه باسم "نظام EMR") الذي تتم مشاركته مع بعض الأنظمة الصحية الأخرى مثل المركز الطبي التابع لـ University of Chicago، Advocate Health and Hospitals Corporation d/b/a، و University Chicago Health Care Components، و Advocate Children's Hospital، و NorthShore University HealthSystem، و Edward Hospital، و Chicagoland Children's Health Alliance، و Linden Oaks Hospital، و Elmhurst Memorial Hospital (يُشار إليها إجمالاً بالاختصار "CCHA"). من خلال نظام EMR، يتم دمج معلومات السجل الطبي لمرضى Endeavour Health مع معلومات مقدمي خدمات CCHA الآخرين الذين يشاركون في CCHA (يُشار إلى كل منهم باسم "الكيان المشمول المشارك" وإجمالاً باسم، "الكيانات المشمولة المشاركة"). وعلى هذا النحو، شكلت الكيانات المشمولة المشاركة نظامًا واحدًا أو أكثر من أنظمة الرعاية الصحية المنظمة التي تشارك فيها الكيانات المشمولة المشاركة في مراجعة الاستخدام المشترك أو أنشطة ضمان الجودة، وهي بذلك تكون مؤهلة للمشاركة في اتفاقية الرعاية الصحية المنظمة (Organized Health Care Arrangement, OHCA) (أو ما يُشار إليه اختصارًا بـ "OHCA"). ومع وجود استثناءات محدودة، بصفتنا مشاركين في اتفاقية OHCA، يجوز لجميع الكيانات المشمولة المشاركة و CCHA استخدام معلومات السجل الطبي للمرضى المشتركين والمضمينين والكشف عنها لأغراض تتعلق بالعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية لكل من المشاركين في اتفاقية OHCA أو CCHA.

ENDEAVOR HEALTH إخطار ممارسات الخصوصية الخاص بـ الدليل (أ) – طريقة ممارسة حقوقك			
مرضى Edward-Elmhurst Health	مرضى Northwest Community Healthcare	مرضى Endeavor Health Clinical Operations (f/k/a Northshore) و Swedish Hospital	الحق الذي تتمتع به
<p>عبر البريد: Edward Hospital, Linden Oaks Hospital or Affiliated Medical Groups Attn: Medical Records Department 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p> <p>Elmhurst Hospital or Affiliated Medical Groups Attn: Medical Records Department 155 E. Brush Hill Road Elmhurst, IL 60126</p>	<p>عبر البريد: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>عبر الفاكس: (847) 618-3249</p> <p>عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:recordrequest@nch.org">recordrequest@nch.org</a></p>	<p>عبر البوابة الإلكترونية لخدمات المرضى: ;NorthShore Connect</p> <p>عبر البريد: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077</p> <p>عبر الفاكس: (847) 982-4499</p> <p>عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:releaseforms@northshore.org">releaseforms@northshore.org</a></p>	<p>طلب نسخة من سجلك الطبي عن طريق إكمال نموذج "إذن الكشف عن السجلات" وإرساله:</p>
<p>عبر الهاتف: (331) 221-6936</p>	<p>عبر البريد: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Dept. 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>عبر الفاكس: (847) 618-3249</p> <p>عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:recordrequest@nch.org">recordrequest@nch.org</a></p>	<p>عبر البريد: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077</p> <p>عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:HIMservices@northshore.org">HIMservices@northshore.org</a></p>	<p>طلب تعديل السجل الطبي أو تصحيحه:</p>
<p>عبر البريد: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p>	<p>عبر البريد: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>عبر الفاكس: (847) 618-3249</p> <p>عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:recordrequest@nch.org">recordrequest@nch.org</a></p>	<p>عبر البريد: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077</p> <p>عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:HIMservices@northshore.org">HIMservices@northshore.org</a></p>	<p>طلب تلقي المراسلات بصورة سرية:</p>
<p>للتواصل مع أي من مستشفياتنا ومجموعات الأطباء ومواقع رعاية المرضى التابعة لنا، يُرجى التواصل: عبر الهاتف: (331) 221-0714</p>			<p>طلب عدم المشاركة في Epic Care Everywhere</p>
<p>للتواصل مع أي من مستشفياتنا ومجموعات الأطباء ومواقع رعاية المرضى التابعة لنا، يُرجى التواصل: عبر الهاتف: (224) 364-7100.</p>			<p>طلب عدم التواصل معك بشأن الأبحاث والدراسات السريرية</p>

ENDEAVOR HEALTH إخطار ممارسات الخصوصية الخاص بـ الدليل (أ) - طريقة ممارسة حقوقك			
مرضى Edward-Elmhurst Health	مرضى Northwest Community Healthcare	مرضى Endeavor Health Clinical Operations (f/k/a Northshore) و Swedish Hospital	الحق الذي تتمتع به
<p>عبر البريد: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p> <p>عبر الهاتف: (331) 221-6936</p>	<p>عبر البريد: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>عبر الفاكس: (847) 618-3249</p> <p>عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:recordrequest@nch.org">recordrequest@nch.org</a></p>	<p>عبر البريد: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170, Skokie, IL 60077</p> <p>عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:HIMservices@northshore.org">HIMservices@northshore.org</a></p>	<p>طلب تقييد استخدام معلوماتك الطبية والكشف عنها:</p>
<p>عبر البريد: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p>	<p>عبر البريد: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>عبر الفاكس: (847) 618-3249</p> <p>عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:recordrequest@nch.org">recordrequest@nch.org</a></p>	<p>عبر البريد: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077</p> <p>عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:HIMservices@northshore.org">HIMservices@northshore.org</a></p>	<p>طلب بيان عمليات الكشف:</p>
<p>عبر الهاتف: (847) 570-3187 عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:marketing@northshore.org">marketing@northshore.org</a></p>			<p>طلب عدم التواصل معك لأسباب تسويقية:</p>
<p><b><u>:Edward Hospital Foundation</u></b> عبر الهاتف: (630) 527-3954 عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:edward.foundation@eehealth.org">edward.foundation@eehealth.org</a></p> <p><b><u>Elmhurst Memorial Hospital :Foundation</u></b> عبر الهاتف: (331) 221-4483 عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:Elmhurst.Foundation@EEHealth.org">Elmhurst.Foundation@EEHealth.org</a></p>	<p><b><u>Northwest Community Hospital :Foundation</u></b> عبر الهاتف: (847) 618-4260 عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:foundation@nch.org">foundation@nch.org</a></p>	<p><b><u>:NorthShore Foundation</u></b> عبر الهاتف: (224) 364-7600 عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:philanthropy@northshore.org">philanthropy@northshore.org</a></p> <p><b><u>:Swedish Hospital Foundation</u></b> عبر الهاتف: (773) 293-5121 عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:schfoundation@schosp.org">schfoundation@schosp.org</a></p>	<p>طلب عدم تواصل أي مؤسسة معك:</p>