

**LEXINGTON REGIONAL HEALTH CENTER
LEXINGTON, NE 68850**

JOINT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

**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.**

We are required by law to maintain the privacy of your medical information and to provide you with notice of our legal duties, privacy practices and your rights with respect to your medical information. Your medical information includes your individually identifiable medical, insurance, demographic, and medical payment information. For example, it includes information about your diagnosis, medications, insurance status and policy number, medical claims history, address, and social security number.

This notice describes the privacy practices of Lexington Regional Health Center and all of its programs and departments, including all Rural Health Clinics. This includes:

- Any healthcare professional authorized to enter information into your medical record.
- Any member of a volunteer group or healthcare students we allow to help you while you are receiving care from us.
- All employees, staff and other personnel of ours, including Home Care Services and health clinics.
- All the above will follow the terms of this Notice. In addition, they may share medical information with each other for treatment, payment or healthcare operations as described in this Notice.

This notice also describes the privacy practices of an “organized healthcare arrangement” or “OHCA” between the Health Center and eligible providers on our Medical Staff. Because the Health Center is a clinically-integrated care setting, our patients receive care from the Health Center staff and from independent practitioners on the Medical Staff. The Health Center and our Medical Staff must be able to share your medical information freely for treatment, payment and healthcare operations as described in this Notice. Because of this, the Health Center and all eligible providers on the Health Center’s Medical Staff have entered into the OHCA under which the Health Center and the eligible providers will:

- Use this Notice as a joint notice of privacy practices for all inpatient and outpatient visits and follow all information practices described in this Notice;
- Obtain a single signed acknowledgment of receipt; and
- Share medical information from inpatient and outpatient visits with eligible providers so that they can help us with our healthcare operations.

The OHCA does not cover the information practices of practitioners in their private offices or at other practice locations.

UNDERSTANDING YOUR MEDICAL INFORMATION:

Each time you visit a Lexington Regional Health Center facility, a record of your visit is made.

Typically, this record describes your symptoms, examination, test results, diagnoses, treatment, and a plan for future care or treatment. This information, often referred to as your health or medical record or designated record set, also includes your financial record and may be in paper or electronic form and serves as a:

- basis for planning your care and treatment;
- means of communication among the many healthcare professionals who help with your care;
- legal documents describing the care you received;
- means by which you or a third party payer, such as your insurance company, can verify that services billed were actually provided;
- a tool in educating health professionals;
- a source of data for medical research;
- a source of information for public health officials who work to improve the health of the nation;
- a source of data for facility planning and marketing;
- a tool we can use to improve our patient care and outcomes.

Understanding what is in your record and how it is used will help you to:

- make certain it is accurate;
- better understand who, what, when, where and why others may access your medical information;
- make a more informed decision when giving your permission for your medical information to be sent or released to others.

YOUR RIGHTS REGARDING YOUR MEDICAL INFORMATION:

Although your medical record is the physical property of Lexington Regional Health Center, the information belongs to you. Lexington Regional Health Center has developed procedures as described in the federal law that allows you several rights. All requests to exercise these rights must be in writing. We will respond to your request on a timely basis in accordance with our written policies and as required by law.

Right To See And Get Copies Of Your Medical Information

You have the right to timely access to your medical information. Upon receipt of your written request, you will be provided a copy of your medical information within 30 days. You may request a copy of your medical information by contacting the Health Information Management Department and filling out the appropriate request for records. You may also access the Release of Information form at www.LexingtonRegional.org. You may then email a copy of this request to www.medrecords@lexrhc.org, mail a copy of this request to Lexington Regional Health Center, ATTN: HIM Department, PO Box 980, Lexington NE 68850 or via fax to 308-324-8311. You may inspect and copy much of the medical information we maintain about you, with some exceptions. Psychotherapy notes, behavioral health notes, and information regarding HIV/AIDS or substance abuse will

require individual authorization and, in certain instances, may require provider or additional authorization. Any information disclosed for marketing purposes and/or the sale of information also will require individual authorization. If we maintain the medical information electronically in one or more designated record sets and you ask for an electronic copy, we will provide the information to you in the form and format you request, if it is readily producible. If we cannot readily produce the record in the form and format you request, we will produce it in another readable electronic form we both agree to. We may charge a cost-based fee for producing copies or, if you request one, a summary. If you direct us to transmit your medical information to another person, we will do so, provided your signed, written direction clearly designates the recipient and location for delivery.

Right To Correct Or Update Your Medical Information

If you believe that there is a mistake in your medical information or that a piece of information is missing, you have the right to request that we correct the existing information or add the missing information. That request must be made in writing and you must provide a reason for the change. We will respond within 60 days of receiving your request. We may deny your request if it is not in writing or does not include a reason to support the request. Also, we may deny your request if the medical information is:

- correct and complete;
- not created by us;
- not allowed to be looked at and copied for you; or
- not part of our records.

Our written denial will tell you the reasons for the denial and will tell you how to file a written statement of disagreement with the denial.

Right To Get A List Of The Disclosures We Have Made

You have the right to receive an accounting of certain disclosures of your medical information made by us or our business associates for the six years prior to your request. Your right to an accounting does not include disclosures for treatment, payment and healthcare operations and certain other types of disclosures, for example, as part of a facility directory or disclosures in accordance with your authorization.

Right To Request Limits On Uses And Disclosures Of Your Medical Information

You have the right to request a restriction or limitation on the medical information we use or disclose about you for treatment, payment or healthcare operations or to persons involved in your care. We are not required to agree to your request, with one exception explained in the next paragraph, and we will notify you if we are unable to agree to your request.

We are required to agree to your request that we not disclose certain medical information to your health plan for payment or healthcare operations purposes, if you pay out-of-pocket in full for all expenses related to that service prior to your request, and the disclosure is not otherwise required by law. Such a restriction will only apply to records that relate solely to the service for which you have paid in full. If we later receive an Authorization from you dated after the date of your requested restriction which authorizes

us to disclose all of your records to your health plan, we will assume you have withdrawn your request for restriction.

Several different covered entities listed at the start of this Notice use this Notice. You must make a separate request to each covered entity from whom you will receive services that are involved in your request for any type of restriction. Contact the Health Center at the address listed below if you have questions regarding which providers will be involved in your care.

Right To Choose How We Send Medical Information To You

You have the right to ask that we send information to you at an alternate address or by alternate means. We must agree to your written request so long as we can easily provide it in the format you requested.

Right To Confidential Communications

You may request that we communicate with you about your medical information in a certain way or at a certain location. We will agree to your request if it is reasonable and specifies the alternate means or location.

Right To A Paper Copy Of This Notice

You have the right to a paper copy of this Notice. You may ask us to give you a copy of this Notice at any time. You may also obtain a copy of this Notice at our website, www.lexingtonregional.org.

Notice in the Case of Breach

We are required by law to notify you of a breach of your unsecured medical information. We will provide such notification to you without unreasonable delay but in no case later than 60 days after we discover the breach.

OUR RESPONSIBILITIES:

Lexington Regional Health Center is required by law to:

- maintain the privacy of your medical information;
- provide you with a paper copy of this Notice as to our legal duties and privacy practices concerning the medical information we collect and maintain about you;
- abide by the terms of the Notice currently in effect;
- notify you if we are unable to agree to a requested limit or restriction;
- follow reasonable requests you may have to communicate your medical information at an alternate address or by an alternate means.

We reserve the right to or may be required by law to change our privacy practices, which may result in changes in this Notice. We further reserve the right to make the revised or changed privacy practices notice effective for medical information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current notice in multiple locations within our facilities and on our website, www.lexingtonregional.org. The notice's effective date will be in the bottom right-hand corner of the last page. In addition, each time you register at or are admitted to the health

center for treatment or healthcare services at our clinics or as an inpatient or outpatient, we will offer you a copy of the current notice in effect. We will not use or disclose your medical information without your permission or authorization, except as described in this Notice.

EXAMPLES OF DISCLOSURES FOR TREATMENT, PAYMENT AND HEALTH OPERATIONS:

The following are the types of uses and disclosures we may make of your medical information without your permission. We will use and disclose your information as required by federal, state or local law. Also where state or federal law restricts one of the described uses or disclosures, we will follow the requirements of such law. Not every use or disclosure in a category is listed. However, all the ways we are permitted to use and disclose your medical information will fall within one of the categories.

- ◆ We will use your medical information for treatment. For example, medical information obtained by a nurse, doctor or other healthcare workers will be documented in your record and used to decide the treatment that should work best for you. Members of your healthcare team will then record the actions they took and their observations. In that way, the doctor will know how you are responding to treatment. We may also disclose that information about you to other doctors, nurses, technicians, our personnel, medical students, healthcare volunteers and healthcare students who are involved in taking care of you.

We will also provide your physician or another healthcare provider or facility with information which may include copies that should assist them in treating you once you are discharged. For example, if you are transferred to a nursing facility, we will send medical information about you to the nursing facility.

- ◆ We will use your medical information for payment. For example, a bill may be sent to you or a third-party payer, such as your insurance company. The information on or sent with the bill may include your identity, diagnoses, procedures performed, and supplies used. We may also provide necessary information to other healthcare providers for their billing purposes in services they provided you. For example, if you are transferred to another facility by ambulance, the information collected will be given to the ambulance company for its billing purposes..

We may tell your health plan about treatment you are receiving. This may be done to obtain prior approval or to determine whether your health plan will cover the treatment and/or your health center stay.

- ◆ We will use your medical information for regular healthcare operations. For example, members of the Medical Staff and quality management teams may use your medical information to review the care and outcomes of your case and others like it. This information will then be used in an effort to continually improve the quality and effectiveness of the healthcare and services we provide, including if we need to offer additional services. We may also disclose your medical information to medical students and other healthcare students for review and learning purposes.

In some cases, we will furnish other qualified parties with your medical information for their healthcare operations. For example, an ambulance company may also want to know whether they did an effective job of providing care for you.

1. We may allow our business associates to use your medical information if necessary. For example, there are some services provided in our organization through contracts with other persons or organizations, known as business associates, such as attorneys, accountants, or consultants who may need access to medical information to perform services for us. We require all of our business associates to sign a contract with us promising that they will appropriately protect your medical information.
2. We will provide your information for the facility directory. For example, unless you object, we will use your name, your location in our facilities, your condition described in general terms, and religious preferences for directory purposes. This directory information may be released to people who contact us and ask for you by name. The information provided to members of the clergy will be released by religious affiliation.
3. We may disclose your location or general condition to a family member, your personal representative or another person identified by you. If any of these individuals are involved in your care or payment for care, we may also disclose such medical information as is directly relevant to their involvement. We will only release this information if you agree, are given the opportunity to object and do not, or if in our professional judgment, it would be in your best interest to allow the person to receive the information or act on your behalf. For example, we may allow a family member to pick up your prescriptions, medical supplies or X-rays. We may also disclose your information to an entity assisting in disaster relief efforts so that your family or individual responsible for your care may be notified of your location and condition.
4. We may release your medical information for research, subject to certain safeguards. For example, we may disclose information to researchers when their research has been approved by a special committee that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your medical information. We may disclose medical information about you to people preparing to conduct a research project, but the information will stay on site.
5. Following your death, we may disclose medical information to a coroner, medical examiner or funeral director as necessary for them to carry out their duties and to a personal representative (for example, the executor of your estate). We may also release your medical information to a family member or other person who acted as personal representative or was involved in your care or payment for care before your death, if relevant to such person's involvement, unless you have expressed a contrary preference.
6. We will use your medical information for organ and tissue donation. For example, according to law, we will provide medical information to organ donation

organizations or other organizations involved in the obtaining of organs or tissue, the banking of the organs, or the transplantation of the same.

7. We may use your information for appropriate reminders. For example, we may contact you to remind you of appointments for diagnostic testing or treatment or other health-related benefits and services that may be of interest to you, including educational opportunities.
8. We may contact you as part of a fundraising effort. We may also use, or disclose to a business associate or to a foundation related to us, certain medical information about you, such as your name, address, phone number, dates you received treatment or services, treating physician, outcome information and department of services (for example, cardiology or orthopedics), so that we or they may contact you to raise money for our organization. Any time you are contacted, whether in writing, by phone or by other means for our fundraising purposes, you will have the opportunity to “opt out” and not receive further fundraising communications related to the specific fundraising campaign or appeal for which you are being contacted, unless we have already sent a communication prior to receiving notice of your election to opt out.
9. We will use your medical information for public health purposes. For example, we may disclose medical information about you for public health activities or as authorized by law. These activities generally include the following examples:
 - to prevent or control disease, injury, or disability;
 - to report births or deaths;
 - to report reactions to medications or problems with products to FDA-regulated entities;
 - to notify people of recalls of products they may be using;
 - to notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contacting or spreading a disease or condition;
 - to notify the appropriate government authority if we believe you have been the victim of abuse, the victim of neglect, or the victim of violence resulting in certain wounds and physical injuries;
 - with parent or guardian permission, to send proof of required immunizations to a school.
10. If you are injured at work, we may use your medical information for workers’ compensation purposes. For example, we may release, as authorized by law, medical information about you for workers’ compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.
11. If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may release your medical information to the correctional institution or law enforcement official. This release would be necessary for the institution to provide you with healthcare, to protect your health and safety or the health and safety of others, or for the safety and security of the correctional institution.

12. We may use your medical information for law enforcement. For example, we may release medical information if asked to do so by a law enforcement official:
- in response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process;
 - to identify or locate a suspect, fugitive, material witness or missing person;
 - if you are the victim of a crime if, under certain circumstances, we are unable to obtain the your agreement;
 - about a death we believe may be the result of criminal conduct;
 - about criminal conduct at our facilities;
 - in emergency circumstances to report a crime, the location of the crime or victims, or the identity, description or location of the person who committed the crime.

Where limited by state or federal law, we will use and disclose your medical information within the limits of the law.

13. We may use your medical information for judicial and administrative proceedings. For example, if you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose medical information about you in response to a court or administrative order. We may also disclose medical information about you in response to a subpoena, discovery request or other lawful process by someone else involved in the dispute, but only if reasonable efforts have been made to notify you of the request or to obtain an order from the court protecting the information requested.

14. We may use your medical information for health oversight activities. For example, we may disclose medical information to a health oversight agency for activities authorized by law. This may include audits, investigations, inspections, and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the healthcare system, government programs and compliance with civil rights laws.

15. We may use your medical information to prevent a threat of harm to others. We will only do this if we, in good faith, believe it is necessary to prevent or lessen the threat and the disclosure is to a person reasonably able to prevent or lessen the threat (including the target of the threat) or is necessary for law enforcement authorities to identify or apprehend an individual involved in a crime.

16. We may use your information for national security and intelligence activities as authorized by law or for protective services of the President. If you are a military member, we may disclose your medical information to military authorities under certain circumstances.

17. There may be certain incidental uses or disclosures of your information that occur while we are providing service to you or in conducting our business. For example, after surgery, a nurse or doctor may need to use your name to identify family members that may be waiting for you in our waiting rooms. Other individuals waiting in the same area may hear your name called. We will make reasonable efforts to limit these incidental uses and disclosures.

18. Lexington Regional Health Center participates in Nebraska's regionally designated medical information exchange (HIE) and in national HIEs which are governed by state and federal law. Through HIEs, participating providers and health insurers can view your medical information in each other's records for treatment, payment, or for their healthcare operations. All of our patients are included in HIE sharing and exchange of information unless they specifically request to opt-out.

If you choose to opt-out, the exchange of your information will not occur through a particular HIE, and there may be delays in other providers being able to access or receive your information for treatment, payment, or healthcare operations. Your opt-out will apply except for information that is required to be exchanged by state or federal law (such as public health reporting or Nebraska's Prescription Drug Monitoring Program).

You can opt-out by contacting the HIEs below. You may cancel an opt-out with an HIE at any time. Opting out of an HIE will not prevent the sharing of information that is required by state or federal law.

- Commonwell Health Alliance. Complete an Opt out form on our website, and securely email to info@commonwellalliance.org
- CyncHealth www.cynchealth.org/patients/#opt-in-out or contact support at (402) 506-9900 ext 1 or visit

USES AND DISCLOSURES REQUIRING YOUR AUTHORIZATION:

There are many uses and disclosures we will make only with your written authorization. These include:

- **Uses and Disclosures Not Described Above** – We will obtain your authorization for any use or disclosure of your medical information that is not described in this Notice.
- **Psychotherapy Notes** – These are notes made by a mental health professional documenting conversations during private counseling sessions or in joint or group therapy. Many uses or disclosures of psychotherapy notes require your specific authorization.
- **Marketing** – We will not use or disclose your medical information for a third parties' marketing purposes without your authorization. Moreover, if we will receive any financial remuneration from a third party in connection with marketing, we will tell you that in the authorization form. We may contact you without your authorization to coordinate your care with other providers, or to recommend different treatment options or other healthcare providers.
- **Sale of Medical Information** – We will not sell your medical information to third parties without your authorization. Any such authorization will state that we will receive remuneration in the transaction.

If you provide authorization, you may revoke it at any time by giving us notice in accordance with our authorization policy and the instructions in our authorization form. Your revocation will not be effective for uses and disclosures that have been made previously in reliance on your prior authorization.

FOR MORE INFORMATION OR TO REPORT A CONCERN:

If you have questions about this Notice and would like additional information, you may contact the Privacy Officer at Lexington Regional Health Center (308) 324-8587. All complaints/requests must be submitted in writing to the Privacy Officer also at P.O. Box 980, Lexington, NE 68850. Also, if you believe your privacy rights have been violated and not addressed by Lexington Regional Health Center, you have the right to file a complaint with the Secretary of Health and Human Services. You will not be retaliated against for filing a complaint.

LEXINGTON REGIONAL HEALTH CENTER

LEXINGTON, NE 68850

AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este Aviso Explica Cómo Se Puede Usar Y Divulgar La Información Médica Sobre Usted Y Cómo Puede Acceder A Esta Información.
Por Favor, Léalo Cuidadosamente.

La ley nos obliga a mantener la privacidad de su información médica y a proporcionarle un aviso sobre nuestros deberes legales, prácticas de privacidad y sus derechos respecto a su información médica. Su información médica incluye datos médicos, de seguro, demográficos y de pagos médicos que son individualmente identificables. Por ejemplo, incluye información sobre su diagnóstico, medicamentos, estado del seguro y número de póliza, historial de reclamaciones médicas, dirección y número de seguro social.

Este aviso describe las prácticas de privacidad de Lexington Regional Health Center y de todos sus programas y departamentos, incluidas todas las Clínicas de Salud Rural. Esto incluye:

- Cualquier profesional de la salud autorizado para ingresar información en su expediente médico.
- Cualquier miembro de un grupo voluntarios o estudiantes de atención médica a quienes permitamos ayudarlo mientras recibe atención en este centro de salud.
- Todos los empleados, personal y otro personal del centro de salud, incluidos los Servicios de Atención Domiciliaria y las clínicas de salud.
- Todo lo anterior seguirá los términos de este aviso. Además, pueden compartir información médica entre sí para tratamiento, pago u operaciones del centro de salud, según se describe en este aviso.

Este aviso también describe las prácticas de privacidad de un “arreglo organizado de atención médica” o “OHCA” entre el Centro de Salud y los proveedores elegibles de nuestro Personal Médico. Debido a que el Centro de Salud es un entorno de atención clínicamente integrado, nuestros pacientes reciben atención tanto del personal del Centro de Salud como de profesionales independientes del Personal Médico. El Centro de Salud y nuestro Personal Médico deben poder compartir su información médica libremente para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, según se describe en este aviso. Debido a esto, el Centro de Salud y todos los proveedores elegibles del personal médico del Centro de Salud han firmado el OHCA bajo el cual el Centro de Salud y los proveedores elegibles:

- Utilizarán este Aviso como un aviso conjunto de prácticas de privacidad para todas las visitas hospitalarias y ambulatorias y seguirán todas las prácticas de información descritas en este Aviso;
- Obtendrán un solo acuse de recibo firmado; y
- Compartirán información médica de las visitas hospitalarias y ambulatorias del centro de salud con los proveedores elegibles para que puedan ayudar al Centro de Salud en sus operaciones de atención médica.

El Acuerdo "OHCA" no cubre las prácticas de información de los profesionales en sus consultorios privados ni en otros lugares de práctica.

COMPRIENDIENDO SU EXPEDIENTE MEDICO:

Cada vez que visita una instalación del Centro de Salud Regional de Lexington, se registra su visita.

Normalmente, este registro describe sus síntomas, el examen, los resultados de las pruebas, los diagnósticos, el tratamiento y un plan para la atención o el tratamiento futuro. Esta información, con frecuencia es referida como su expediente médico, también incluye su información financiera la cual puede estar en forma de papel o electrónica y sirve como:

- una base para planear su cuidado de salud y tratamiento;
- un medio de comunicación entre el grupo de profesionales que están al tanto de su cuidado de salud;
- un documento legal describiendo la atención recibida;
- un medio por el cual usted o un tercero pagador, tal como, su compañía de seguro de salud puede verificar que los servicios que se cobraron fueron realmente provistos;
- una herramienta para educar a profesionales de la salud;
- una fuente de datos para investigación médica;
- una fuente de información para los funcionarios de la salud pública, los cuales trabajan para mejorar la salud de la nación;
- una fuente de datos para la planificación de instalaciones y publicidad;
- una herramienta que podemos usar para trabajar continuamente en la mejora de la atención al paciente y de sus resultados.

El entender lo que contiene su expediente y saber cómo se utiliza le ayudará a:

- asegurarse que sea preciso;
- entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a su información de salud;
- tomar una decisión más informada al otorgar su permiso para que su información de salud sea enviada o divulgada a otros.

SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA:

Aunque su historial médico es propiedad física del Lexington Regional Health Center, la información le pertenece a usted. Lexington Regional Health Center ha desarrollado procedimientos tal como se describe en la ley federal que le otorgan varios derechos. Todas las solicitudes para ejercer estos derechos deben hacerse por escrito. Responderemos a su solicitud de manera oportuna de acuerdo con nuestras políticas escritas y según lo requiera la ley.

Derecho de ver y obtener copias de su expediente médico

Usted tiene derecho a acceder a su información médica de manera oportuna. Al recibir su solicitud por escrito, se le proporcionará una copia de su información médica dentro de los 30 días. Puede solicitar una copia de su información médica contactando al Departamento de Gestión de Información de Salud y completando la solicitud correspondiente para los registros. También puede acceder al formulario de Liberación de Información en www.LexingtonRegional.org. Luego, puede enviar una copia de esta solicitud por correo electrónico a www.medrecords@lexrhc.org, enviarla por correo a Lexington Regional Health Center, ATT: Departamento HIM, PO Box 980, Lexington NE 68850, o enviarla por fax al 308-324-8311. Usted puede inspeccionar y copiar gran parte de la información médica que tenemos sobre usted, con algunas excepciones. Las notas de psicoterapia, las notas de salud conductual y la información relacionada con VIH/SIDA o abuso de sustancias requerirán autorización individual y, en ciertos casos, puede requerir autorización del proveedor. Cualquier información divulgada con fines de publicidad y/o venta de información también requerirá autorización individual. Si mantenemos la

información médica electrónicamente en uno o más conjuntos de registros designados y usted solicita una copia electrónica, le proporcionaremos la información en la forma y el formato que solicite, si es fácilmente producible. Si no podemos proporcionar fácilmente el registro en la forma y formato que usted solicita, lo produciremos en otra forma electrónica legible que ambos acordemos. Podemos cobrar una tarifa basada en los costos por producir copias o, si usted lo solicita, un resumen. Si nos indica que transmitamos su información médica a otra persona, lo haremos, siempre que su instrucción escrita y firmada designe claramente al destinatario y el lugar de entrega.

Derecho a corregir o actualizar su información médica

Si usted cree que hay un error en su información médica o que falta algún dato, tiene derecho a solicitar que corriamos la información existente o que añadamos la información faltante. La solicitud debe hacerse por escrito y debe proporcionar un motivo para el cambio. Responderemos dentro de los 60 días siguientes a la recepción de su solicitud. Podemos negar su solicitud si no está por escrito o no incluye un motivo que respalde la solicitud. Además, podemos negar su solicitud si la información médica es:

- correcta y completa;
- no creada por nosotros;
- no se permita ver ni hacer copias para usted o;
- si no forma parte de nuestros registros.

Nuestra notificación de denegación por escrito le indicará los motivos de la denegación y cómo presentar una declaración escrita de desacuerdo con la misma.

Derecho de obtener una lista de las divulgaciones que hemos realizado

Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información médica hechas por nosotros o nuestros asociados comerciales durante los seis años anteriores a su solicitud. Su derecho a un informe no incluye divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otros ciertos tipos de divulgaciones, por ejemplo, como parte de un directorio de la instalación o divulgaciones de acuerdo con su autorización.

Derecho de solicitar límites en los usos y divulgaciones de su información médica

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que utilizamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago o actividades de atención médica o a personas involucradas en su cuidado. No estamos obligados a aceptar su solicitud, con una excepción que se explica en el siguiente párrafo, y le notificaremos si no podemos aceptar su solicitud.

Estamos obligados a aceptar su solicitud de no divulgar cierta información de salud a su plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención médica, si usted paga de su propio bolsillo la totalidad de los gastos relacionados con ese servicio antes de su solicitud, y la divulgación no es requerida de otro modo por la ley. Tal restricción solo se aplicará a los registros que se relacionen únicamente con el servicio por el cual usted ha pagado en su totalidad. Si posteriormente recibimos una Autorización suya con fecha posterior a la fecha de su solicitud de restricción que nos autorice a divulgar todos sus registros a su plan de salud, asumiremos que ha retirado su solicitud de restricción.

Varias entidades cubiertas distintas mencionadas al inicio de este Aviso utilizan este Aviso. Debe presentar una solicitud por separado a cada entidad cubierta de la que recibirá servicios que esté involucrada en su solicitud para cualquier tipo de restricción. Comuníquese con el Centro de Salud en la dirección que se indica a continuación si tiene preguntas sobre qué proveedores estarán involucrados en su atención.

Derecho a escoger como le será enviada su información médica

Usted tiene derecho a solicitar que enviemos información a una dirección alternativa o por medios alternativos. Debemos aceptar su solicitud por escrito siempre que podamos proporcionarla fácilmente en el formato que usted haya solicitado.

Derecho a comunicaciones confidenciales

Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud de una manera determinada o en un lugar específico. Aceptaremos su solicitud si es razonable y especifica el medio o lugar alternativo.

Derecho a una copia impresa de este aviso

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos que le proporcionemos una copia de este aviso en cualquier momento. También puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web, www.lexingtonregional.org.

Aviso en caso de Incumplimiento

Estamos legalmente obligados a notificarle sobre una violación de su información médica no protegida. Le proporcionaremos dicha notificación sin demora indebida, pero en ningún caso más de 60 días después de haber descubierto la violación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES:

El Lexington Regional Health Center está obligado por ley a:

- mantener la privacidad de su información médica;
- proporcionarle una copia impresa de este Aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica que recopilamos y mantenemos sobre usted;
- cumplir con los términos del Aviso que se encuentra vigente;
- notificarle si no podemos aceptar un límite o restricción solicitado;
- seguir solicitudes razonables que usted pueda tener para comunicar su información médica a una dirección alternativa o por un medio alternativo.

Nos reservamos el derecho, o la ley puede exigirnos, de cambiar nuestras prácticas de privacidad, lo que puede resultar en cambios en este aviso. Además, nos reservamos el derecho de hacer que el aviso de prácticas de privacidad revisado o cambiado sea efectivo para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en varios lugares dentro del centro de salud y en nuestro sitio web, www.lexingtonregional.org. La fecha de vigencia del aviso aparecerá en la esquina inferior derecha de la última página. Además, cada vez que se registre o sea admitido en el centro de salud para recibir tratamiento o servicios de atención médica como paciente interno o externo, le ofreceremos una copia del aviso vigente. No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud sin su permiso o autorización, excepto según lo descrito en este aviso.

EJEMPLO DE DIVULGACIONES PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE

SALUD.

Los siguientes son los tipos de usos y divulgaciones que podemos hacer de su información médica sin su permiso. Usaremos y divulgaremos su información según lo requiera la ley federal, estatal o local. Además, cuando la ley estatal o federal limite uno de los usos o divulgaciones descritos, seguiremos los requisitos de dicha ley. No todos los usos o divulgaciones de una categoría están enumerados. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar su información médica se ajustarán a una de las categorías.

- Usaremos su información médica para el tratamiento. Por ejemplo, la información médica obtenida por una enfermera, un médico u otros trabajadores de la salud se documentará en su historial y se utilizará para decidir el tratamiento que sea más adecuado para usted. Los miembros de su equipo de atención médica luego documentarán las acciones que tomaron y sus observaciones. De esa manera, el médico sabrá cómo está respondiendo al tratamiento. También podemos divulgar esa información sobre usted a otros médicos, enfermeras, técnicos, personal del centro de salud, estudiantes de medicina, voluntarios de atención médica y estudiantes de salud que estén involucrados en su cuidado.

También proporcionaremos a su médico u otro proveedor o centro de atención médica información que puede incluir copias que les ayuden a tratarlo una vez que sea dado de alta. Por ejemplo, si es trasladado a un centro de cuidados, enviaremos información médica sobre usted al centro de cuidados.

- Usaremos su información médica para el pago. Por ejemplo, se le puede enviar una factura a usted o a un tercero, como su compañía de seguros. La información incluida en la factura o enviada con ella puede incluir su identidad, diagnósticos, procedimientos realizados y suministros utilizados. También podemos proporcionar la información necesaria a otros proveedores de atención médica para sus fines de facturación en los servicios que le hayan proporcionado. Por ejemplo, si es trasladado a otra instalación en ambulancia, la información recopilada se proporcionará a la compañía de ambulancia para sus fines de facturación.

Podemos informar a su plan de salud sobre el tratamiento que está recibiendo. Esto puede hacerse para obtener aprobación previa o para determinar si su plan de salud cubrirá el tratamiento y/o la estancia en el centro de salud.

- Usaremos su información de salud para operaciones regulares del centro de salud. Por ejemplo, miembros del personal médico y del personal de administración de calidad pueden utilizar su información médica para revisar la atención y los resultados de su caso y de otros similares. Luego, esta información se utilizará en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y la efectividad de la atención médica y los servicios que brindamos, incluyendo cuando sea necesario ofrecer servicios adicionales. También podemos divulgar su información médica a estudiantes de medicina y otros estudiantes de salud con fines de revisión y aprendizaje.

En algunos casos, proporcionaremos a otras partes calificadas su información médica para sus operaciones de atención médica. Por ejemplo, una compañía de ambulancias también puede querer saber si realizaron de manera efectiva la atención que le brindaron.

1. Podemos permitir que nuestros socios comerciales utilicen su información médica si es necesario. Por ejemplo, hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través de contratos con otras personas u organizaciones, conocidos como socios comerciales. Nuestros médicos leen las radiografías o imágenes radiológicas realizadas por profesionales que no están empleados por nosotros y otra organización realiza los servicios de patología. Sin embargo, para proteger su información médica, requerimos que los socios comerciales protejan adecuadamente su información médica.
2. Proporcionaremos su información para el directorio de la instalación. Por ejemplo, a menos que usted se niegue, utilizaremos su nombre, su ubicación en nuestro centro de salud, su condición descrita en términos generales y sus preferencias religiosas para fines del directorio. Esta información del directorio puede ser divulgada a personas que contacten al centro de salud y soliciten información sobre usted por su nombre. La información proporcionada a los miembros del clero se divulgará según la afiliación religiosa.
3. Podemos divulgar su ubicación o condición general a un familiar, su representante personal u otra persona que usted haya identificado. Si alguna de estas personas está involucrada en su atención o en el pago de la atención, también podemos divulgar la información médica que sea directamente relevante para su participación. Solo revelaremos esta información si usted acepta, se le da la oportunidad de oponerse y no lo hace, o si, según nuestro juicio profesional, sería en su mejor interés permitir que la persona reciba la información o actúe en su nombre. Por ejemplo, podemos permitir que un familiar recoja sus recetas, suministros médicos o radiografías. También podemos divulgar su información a una entidad que asista en esfuerzos de socorro en desastres para que su familia o la persona responsable de su cuidado pueda ser notificada de su ubicación y condición.
4. Podemos divulgar su información médica con fines de investigación, sujeto a ciertas medidas de protección. Por ejemplo, podemos compartir información con investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por un comité especial que haya revisado la propuesta de investigación y establecidos protocolos para garantizar la privacidad de su información médica. Podemos divulgar información médica sobre usted a personas que se estén preparando para realizar un proyecto de investigación, pero la información permanecerá en el lugar.
5. Estamos obligados a aplicar medidas de protección para resguardar su información médica durante 50 años después de su fallecimiento. Tras su muerte, podemos divulgar información médica a un forense, médico forense o director de funeraria según sea necesario para que puedan cumplir con sus funciones y a un representante personal (por ejemplo, el albacea de su patrimonio). También podemos revelar su información médica a un familiar u otra persona que haya actuado como representante personal o haya estado involucrada en su cuidado o en el pago por el cuidado antes de su fallecimiento, si es relevante para la participación de dicha persona, a menos que usted haya expresado una preferencia contraria.
6. Usaremos su información médica para la donación de órganos y tejidos. Por ejemplo, de acuerdo con la ley, proporcionaremos información médica a organizaciones de donación de órganos u otras organizaciones involucradas en la obtención de órganos o tejidos, en el almacenamiento de los órganos o en su trasplante.
7. Podemos usar su información para recordatorios apropiados. Por ejemplo, podemos contactarlo para recordarle citas para pruebas de diagnóstico o tratamientos, u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés, incluidas oportunidades educativas.

8. Podemos comunicarnos con usted como parte de un esfuerzo de recaudación de fondos. También podemos usar, o divulgar a un asociado comercial o a una fundación relacionada con el Centro de Salud, cierta información médica sobre usted, como su nombre, dirección, número de teléfono, fechas en que recibió tratamiento o servicios, el médico que lo atendió, información sobre los resultados y el departamento de servicios (por ejemplo, cardiología u ortopedia), para que nosotros o ellos puedan comunicarse con usted para recaudar fondos para el Centro de Salud. Cada vez que se le contacte, ya sea por escrito, por teléfono o por otros medios con fines de recaudación de fondos, tendrá la oportunidad de “optar por no participar” y no recibir más comunicaciones de recaudación de fondos relacionadas con la campaña o apelación específica para la cual se le está contactando, a menos que ya hayamos enviado una comunicación antes de recibir la notificación de su elección de optar por no participar.
9. Utilizaremos su información médica con fines de salud pública. Por ejemplo, podemos divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública o según lo autorizado por la ley. Estas actividades generalmente incluyen los siguientes ejemplos:
 - para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
 - para informar sobre nacimientos o defunciones;
 - para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos a entidades reguladas por la FDA;
 - para notificar a las personas sobre retiros de productos que puedan estar utilizando;
 - para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
 - para notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia que resulte en ciertas heridas y lesiones físicas;
 - con el permiso de los padres o tutores, enviar pruebas de vacunas requeridas a una escuela.
10. Si se lesiona en el trabajo, podemos utilizar su información médica para fines de compensación laboral. Por ejemplo, podemos divulgar, según lo autorizado por la ley, información médica sobre usted para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
11. Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de la ley, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o al funcionario de la ley. Esta divulgación sería necesaria para que la institución le proporcione atención médica, para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o para la seguridad de la institución correccional.
12. Podemos usar su información médica con fines de cumplimiento de la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información médica si un funcionario de la ley nos lo solicita:
 - en respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto, notificación o proceso similar;
 - para ayudar a identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo clave o persona desaparecida;
 - si usted es víctima de un delito y, bajo ciertas circunstancias, no podemos obtener su consentimiento;
 - sobre una muerte que creemos puede ser resultado de una conducta criminal;
 - sobre conductas criminales en el centro de salud;
 - en situaciones de emergencia para reportar un delito, la ubicación del delito o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

límites de la ley.

13. Podemos utilizar su información médica en procedimientos judiciales y administrativos. Por ejemplo, si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han realizado esfuerzos razonables para notificarle sobre la solicitud o para obtener una orden del tribunal que proteja la información solicitada.
14. Podemos usar su información médica para actividades de supervisión de la salud. Por ejemplo, podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Esto puede incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
15. Podemos usar su información médica para prevenir una amenaza de daño a otros. Solo lo haremos si, de buena fe, creemos que es necesario para prevenir o disminuir la amenaza y es dirigido a una persona razonablemente capaz de prevenir o disminuir la amenaza (incluida la persona objetivo) o si es necesario para que las autoridades del orden identifiquen o detengan a un individuo involucrado en un delito.
16. Podemos usar su información para actividades de seguridad nacional e inteligencia según lo autorizado por la ley o para los servicios de protección del Presidente. Si usted es miembro del ejército, podemos divulgarla a las autoridades militares en ciertas circunstancias.
17. Puede haber ciertos usos o divulgaciones incidentales de su información que ocurran mientras le prestamos servicio o llevamos a cabo nuestro negocio. Por ejemplo, después de una cirugía, la enfermera o el médico pueden necesitar usar su nombre para identificar a los familiares que puedan estar esperándolo en nuestras salas de espera. Otras personas que estén en la misma área pueden escuchar que se menciona su nombre. Haremos esfuerzos razonables para limitar estos usos y divulgaciones incidentales.
18. El Centro de Salud Regional de Lexington puede participar en el Intercambio de Información de Salud (HIE) designado regionalmente en Nebraska y en HIE nacionales que están regulados por la ley estatal y federal. A través de los HIE, los proveedores de salud y aseguradoras participantes pueden ver su información de salud en los registros de los demás para tratamiento, pago o para sus operaciones de atención médica. Todos los pacientes de LRHC están incluidos en el intercambio y compartición de información a través de HIE, a menos que soliciten específicamente no participar. Si decide optar por no participar, el intercambio de su información no ocurrirá a través de un HIE en particular, y podría haber retrasos en que otros proveedores puedan acceder o recibir su información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Su solicitud de exclusión se aplicará excepto para la información que sea requerida para intercambiar por ley estatal o federal (como los informes de salud pública o el Programa de Monitoreo de Medicamentos con Receta de Nebraska). Puede optar por no participar contactando a los HIE que se indican a continuación. Puede cancelar una solicitud de exclusión con un HIE en cualquier momento. Optar por no participar en un HIE no impedirá el intercambio de información que esté requerido por la ley estatal o federal.
 - Commonwell Health Alliance. Complete un formulario de exclusión en nuestro sitio web y envíelo de manera segura por correo electrónico a info@commonwellalliance.org

- CyncHealth www.cynchealth.org/patients/#opt-in-out o comuníquese con la línea de asistencia al (402) 506-9900 opción 1.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Hay muchos usos y revelaciones que se harán sólo con su autorización por escrito. Entre estos se incluyen los siguientes:

- **Usos y Divulgaciones No Descritos Anteriormente** – Obtendremos su autorización para cualquier uso o divulgación de su información médica que no esté descrita en los ejemplos anteriores.
- **Notas de Psicoterapia** - Estas son notas realizadas por un profesional de la salud mental que documentan conversaciones durante sesiones de asesoramiento privado o en terapia conjunta o grupal. Muchos usos o divulgaciones de las notas de psicoterapia requieren su autorización.
- **Publicidad** - No utilizaremos ni divulgaremos su información médica para fines de mercadeo de terceros sin su autorización. Además, si recibimos alguna remuneración financiera de un tercero en relación con el mercadeo, se lo informaremos en el formulario de autorización. Podemos comunicarnos con usted sin su autorización para coordinar su cuidado con otros proveedores, o para recomendar diferentes opciones de tratamiento u otros proveedores de atención médica.
- **Venta de Información Médica** - No venderemos su información médica a terceros sin su autorización. Cualquier autorización de este tipo indicará que recibiremos una remuneración en la transacción.

Si proporciona autorización, puede revocarla en cualquier momento notificándonos de acuerdo con nuestra política de autorización y las instrucciones en nuestro formulario de autorización. Su revocación no será efectiva para los usos y divulgaciones realizados basándose en su autorización previa.

PARA MÁS INFORMACIÓN O PARA REPORTAR UNA PREOCUPACIÓN:

Si tiene preguntas sobre este Aviso y desea información adicional, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad en Lexington Regional Health Center al (308) 324-8587. Todas las quejas/solicitudes deben presentarse por escrito al Oficial de Privacidad también en P.O. Box 980, Lexington, NE 68850. Además, si cree que sus derechos de privacidad han sido violados y no han sido atendidos por Lexington Regional Health Center, tiene derecho a presentar una queja ante el secretario de Salud y Servicios Humanos. No se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

Versión #9

Fecha efectiva: 1º de Marzo del 2026

OGEYSIISKA WADAJIRKA AH EE HABABKA ASTURNAANTA

**Ogeysiiskan wuxuu sharaxayaa sida macluumaadka caafimaad ee
adiga kugu saabsan loo isticmaali karo loona shaacin karo iyo sida aad
u heli karto macluumaadkan.
Fadlan si taxaddar leh u eeg.**

Sharcigu waa inaan ilaalinaa asturnaanta macluumaadkaaga caafimaad iyo inaan ku siino ogeysiis ku saabsan waajibaadkeena sharciga, hababka asturnaanta iyo xuquuqdaada la xiriirta macluumaadkaaga caafimaad. Macluumaadkaaga caafimaad waxaa ku jira macluumaadka lacagta caafimaad, caymis, tirakoob, iyo macluumaadka caafimaadka ee si gaar ah loo aqoonsan karo. Tusaale ahaan, waxay ka kooban tahay macluumaad ku saabsan ogaanshahaaga, daawooyinka, xaaladda caymiska iyo lambarka siyaasadda, taariikhda sheegashada caafimaadka, cinwaanka, iyo lambarka amniga bulshada.

Ogeysiiskan wuxuu sharxayaa hababka asturnaanta ee Xarunta Caafimaadka Gobolka Lexington iyo dhammaan barnaamijyadeeda iyo waaxyadeeda, oo ay ku jiraan dhammaan Rugaha Caafimaadka Miyiga. Tani waxaa ka mid ah:

- Qof kasta oo xirfadle caafimaad ah oo loo oggol yahay inuu macluumaad geliyo diiwaankaaga caafimaad.
- Xubin kasta oo ka tirsan koox iskaa wax u qabso ah ama ardayda daryeelka caafimaadka ayaan u oggolaaneynaa inay kaa caawiyaan inta aad ka helayso daryeel xaruntan caafimaadka.
- Dhammaan shaqaalaha, shaqaalaha iyo shaqaalaha kale ee xarumaha caafimaadka, oo ay ku jiraan Adeegyada Daryeelka Guriga iyo rugaha caafimaadka.
- Dhammaan kor ku xusan waxay raaci doonaan shuruudaha ogeysiiskan. Intaa waxaa dheer, waxay wadaagi karaan macluumaadka caafimaad midba midka kale si ay u helaan daaweynta, lacagta ama hawlaha xarunta caafimaadka sida ku qeexan ogeysiiskan.

Ogeysiiskan sidoo kale wuxuu sharxayaa hababka asturnaanta ee "heshiis daryeel caafimaad oo la habeeyay" ama "OHCA" oo u dhexeeya Xarunta Caafimaadka iyo bixiyeyaasha u qalma ee Shaqaalaha Caafimaadka. Maadaama Xarunta Caafimaadka ay tahay goob daryeel caafimaad oo isku dhafan, bukaannadeenu waxay daryeel ka helaan shaqaalaha Xarunta Caafimaadka iyo dhakhaatiirta madax-bannaan ee Shaqaalaha Caafimaadka. Xarunta Caafimaadka iyo Shaqaalahayaga Caafimaadka waa inay si xor ah u wadaagaan macluumaadkaaga caafimaad si loogu sameeyo daaweynta, bixinta lacagta iyo hawlaha daryeelka caafimaadka sida ku qeexan ogeysiiskan. Sababtaas awgeed, Xarunta Caafimaadka iyo dhammaan bixiyeyaasha u qalma ee Shaqaalaha Caafimaadka Xarunta Caafimaadka waxay galeen OHCA, taasoo

Xarunta Caafimaadka iyo bixiyeyaasha u qalma ay ku jiraan:

- Isticmaal Ogeysiiskan sidii ogeysiis wadajir ah oo ku saabsan hababka asturnaanta ee dhammaan booqashooyinka bukaan-bukaannada gudaha iyo dibadda iyo sidoo kale raac dhammaan hababka macluumaadka ee lagu sharaxay Ogeysiiskan;
- Hel hal ogolaansho oo saxiixan oo ah helitaanka; iyo
- La wadaag macluumaadka caafimaad ee booqashooyinka xarumaha caafimaadka ee bukaan-bukaanka iyo dibadda la siiyo bixiyeyaasha u qalma si ay uga caawiyaan Xarunta Caafimaadka hawlaheeda daryeelka caafimaadka.

OHCA ma daboolayso hababka macluumaadka ee dhaqaatiirta ku shaqeeya xafiisyadooda gaarka ah ama goobaha kale ee xarunta.

FAHFAAHINTA MACLUUMAADKA DIIWAANKA CAAFIMAADKAAGA:

Markasta oo aad booqato xarunta caafimaadka ee Lexington Regional Health Center, waxaa la sameeyaa diiwaan booqashadaada.

Caadi ahaan, diiwaankani wuxuu sharxayaa calaamadahaaga, baaritaankaaga, natiijooyinka baaritaanka, ogaanshahaaga, daaweyntaada, iyo qorshaha daryeelka ama daaweynta mustaqbalka. Macluumaadkan, oo badanaa loo yaqaan diiwaankaaga caafimaadka ama diiwaankaaga caafimaad, sidoo kale wuxuu ka mid yahay diiwaankaaga maaliyadeed wuxuuna noqon karaa warqad ama elektaroonik ah, wuxuuna u adeegaa sida:

- aasaaska qorsheynta daryeelkaaga iyo daaweyntaada;
- habka isgaarsiinta ee xirfadlayaasha caafimaadka ee ka caawiya daryeelkaaga;
- dukumentiyiyo sharci oo sharaxaya daryeelka aad heshay;
- Habka aad adiga ama qof saddexaad oo lacag bixiya, sida shirkaddaada caymiska, u xaqiijin karto in adeegyada la bixiyay dhab ahaantii la bixiyay;
- qalab lagu baro xirfadlayaasha caafimaadka;
- ilo xog ah oo loogu talagalay cilmi-baarista caafimaadka;
- ilo xog ah oo loogu talagalay saraakiisha caafimaadka dadweynaha ee ka shaqeeya horumarinta caafimaadka qaranka;
- ilo xog loogu talagalay qorsheynta iyo suuqgeynta xarumaha;
- Qalab aan ku adeegsan karno si aan si joogto ah uga shaqeyno horumarinta daryeelka bukaanka iyo natiijooyinka.

Fahamka waxa ku jira diiwaankaaga iyo sida loo isticmaalo ayaa kaa caawin doona inaad:

- hubi inuu sax yahay;
- si fiican u fahmo cidda, maxay, goorta, halka iyo sababta dadka kale ay u heli karaan macluumaadkaaga caafimaadka;
- Samee go'aan si xog leh marka aad ogolaansho siisay in macluumaadkaaga caafimaad loo diro ama loo sii daayo dadka kale.

XUQUUQDAADA KU SAABSAN MACLUUMAADKAAGA CAAFIMAADKA:

Inkastoo diiwaankaaga caafimaad uu yahay hantida jirka ee Lexington Regional Health Center, macluumaadkaasi waa adiga. Xarunta Caafimaadka Gobolka Lexington waxay horumarisay habraacyo sida ku xusan sharciga federaalka kuwaas oo kuu oggolaanaya xuquuq dhowr ah. Dhammaan codsiyada lagu isticmaalayo xuquuqdaas waa in lagu

Nooca #9 Taariikhda dhaqan-galka: Febraayo 1, 2026

Bogga Ogeysiiska Wadajirka ah ee Dhaqamada Asturnaanta 2

qoraa. Waxaan ka jawaabi doonaa codsigaaga waqtiga waqtigeeda iyadoo la raacayo siyaasadaha qoraalka ah iyo sida sharcigu u baahan yahay.

Xaqa Inaad Aragto oo Hesho Nuqullo Macluumaadkaaga Caafimaad

Waxaad xaq u leedahay inaad waqtigeeda ku hesho macluumaadkaaga caafimaad. Marka aad hesho codsigaaga qoraalka ah, waxaa lagu siin doonaa nuqul ka mid ah macluumaadkaaga caafimaad 30 maalmood gudahood. Waxaad codsan kartaa nuqul ka mid ah macluumaadkaaga caafimaad adigoo la xiriiiraya Waaxda Maareynta Macluumaadka Caafimaadka oo buuxinaya codsiga ku habboon ee diiwaannada. Waxaad sidoo kale heli kartaa The Foomka sii deynta macluumaadka ee www.LexingtonRegional.org. Waad samayn kartaa kadib Nuqul ka mid ah codsigan email u dir www.medrecords@lexrhc.org, Nuqul ka mid ah codsigan u dir Lexington Regional Health Center, ATTN: HIM Department, PO Box 980, Lexington NE 68850, ama u dir fax 308-324-8311. Diiwaannada waa sidoo kale Waxaa laga heli karaa bogga bukaanka. Naftaada Diiwaangelinta Adigoo booqanaya bogga internetka www.lexingtonregional.org ama wac waaxda diiwaanada caafimaadka 308-324-8309 si aad u hesho caawimaad. Waxaad baari kartaa oo nuqul ka samayn kartaa inta badan macluumaadka caafimaad ee aan kaa hayno, marka laga reebo qaar ka reeban. Qoraallada daaweynta maskaxda, qoraallada caafimaadka dhaqanka, iyo macluumaadka ku saabsan HIV/AIDS ama isticmaalka maandooriyaha waxay u baahan doonaan oggolaansho gaar ah, mararka qaarna waxay u baahan karaan oggolaansho bixiye. Macluumaad kasta oo loo shaaciyu ujeedooyinka suuq-geynta iyo/ama iibinta macluumaadka sidoo kale waxay u baahan doontaa oggolaansho gaar ah. Haddii aan xogta caafimaadka si elektaroonik ah ugu hayno hal ama in ka badan diiwaanno la cayimay oo aad codsato nuqul elektaroonik ah, waxaan ku siin doonaa macluumaadka qaabka iyo qaabka aad codsato, haddii ay si fudud u soo saari karto. Haddii aanan si fudud u soo saari karin diiwaanka qaabka iyo qaabka aad codsato, waxaan ku soo saari doonaa qaab elektaroonik ah oo kale oo la akhrisan karo oo aan labadeenaba ku heshiinay. Waxaan ka qaadi karnaa lacag ku saleysan kharashka soo saarista nuqullo ama, haddii aad codsato, soo koobid. Haddii aad nagu tilmaamto inaan xogtaada caafimaad u gudbino qof kale, waan samayn doonaa, haddii tilmaamaha qoraalka ah ee saxiixan si cad u tilmaamo qofka qaataha iyo goobta la keenayo.

Xaqa Saxidda ama Cusboonaysiinta Macluumaadkaaga Caafimaad

Haddii aad aaminsan tahay in qalad ku jirto macluumaadkaaga caafimaad ama in xog maqan tahay, waxaad xaq u leedahay inaad codsato inaan saxno macluumaadka jira ama ku darno xogta maqan. Codsigaas waa in si qoraal ah loo sameeyaa oo waa inaad bixisaa sababta isbeddelka. Waxaan ka jawaabi doonaa 60 maalmood gudahood marka aan helno codsigaaga. Waxaan diidi karnaa codsigaaga haddii aan qoraal ahayn ama aan ku jirin sabab lagu taageero codsiga. Sidoo kale, waxaan diidi karnaa codsigaaga haddii macluumaadka caafimaad uu yahay:

- sax oo dhameystiran;
- annaga ma abuurin;
- looma ogola in la eego oo lagu nuqul ka sameeyo; ama
- Ma aha mid ka mid ah diiwaanadeena.

Diidmada qoraalka ah waxay kuu sheegi doontaa sababta diidmada iyo sida loo gudbiyo bayaan qoraal ah oo diidmo ku saabsan diidmada.

Xaqa Aan Ku Helo Liiska Shaaca Qaadashada Ee Aan Samaynay

Waxaad xaq u leedahay inaad hesho xisaab ku saabsan xogtaada caafimaad ee annaga ama asxaabtayada ganacsi ee lixda sano ka hor codsigaaga. Xuquuqdaada xisaabaadka ma ku jiraan shaacinta daaweynta, bixinta iyo hawlaha daryeelka caafimaadka iyo noocyo kale oo shaacin ah, tusaale ahaan, qayb ka mid ah liiska xarumaha ama shaacinta la xiriira oggolaanshahaaga.

Xuquuqda Codsashada Xaddidaadda Isticmaalka iyo Shaacinta Xogtaada Caafimaad

Waxaad xaq u leedahay inaad codsato xaddidid ama xaddidid ku saabsan macluumaadka caafimaad ee aan isticmaalno ama aan kaa shaacinno si aan kuu daaweyno, lacag bixinno ama hawlaha daryeelka caafimaadka ama dadka ku lug leh daryeelkaaga. Uma baahnin inaan ogolaano codsigaaga, marka laga reebo hal marka laga reebo oo lagu sharaxay cutubka xiga, waxaan ku ogeysiin doonaa haddii aanan ogolaan karin codsigaaga.

Waxaan ku qasbannahay inaan ogolaano codsigaaga inaan shaacin xog caafimaad oo gaar ah qorshahaaga caafimaadka si loo bixiyo lacag ama hawlgallada daryeelka caafimaadka, haddii aad si buuxda uga bixiso dhammaan kharashaadka la xiriira adeeggaas ka hor codsigaaga, iyo shaacinta aan sharci ahaan ku qasbin. Xaddidaad noocaas ah waxay khuseysaa oo kaliya diiwaanada la xiriira adeegga aad si buuxda u bixisay. Haddii aan mar dambe ka helno ogolaansho adiga oo taariikhaysan ka dib taariikhda xayiraadda aad codsatay, taasoo ogolaanaysa

SI AAN U SHAACIYO DHAMMAAN DIIWAANADAADA QORSHAHAAGA CAAFIMAADKAAGA, WAXAAN U QAADANAYNAA INAAD KA LAABATAY CODSIGAAGA XADDIDAADDA AH.

Hay'ado kala duwan oo daboolan oo lagu taxay bilowga Ogeysiiskan ayaa isticmaala Ogeysiiskan. Waa inaad codsi gaar ah u gudbisaa hay'ad kasta oo la daboolay oo aad ka heli doonto adeegyo ku lug leh codsigaaga nooc kasta oo xaddidan. La xiriir Xarunta Caafimaadka cinwaanka hoos ku qoran haddii aad qabto su'aalo ku saabsan bixiyeyaasha ku lug yeelan doona daryeelkaaga.

Xaqa Inaad Doorato Sida Aan Kuu Dirno Xogta Caafimaadka

Waxaad xaq u leedahay inaad codsato inaan macluumaad kuu soo dirno cinwaan kale ama siyaabo kale. Waa inaan ogolaanaa codsigaaga qoraalka ah ilaa aan si fudud ugu bixin karno qaabka aad codsatay.

Xuquuqda Isgaarsiinta Qarsoodiga ah

Waxaad codsan kartaa inaan kula xiriirno macluumaadkaaga caafimaad si gaar ah ama meel gaar ah. Waxaan ogolaan doonaa codsigaaga haddii uu macquul yahay oo uu qeexo habka kale ama goobta.

Xaqa Nuqul Warqad ah oo Ogeysiiskan ah

Waxaad xaqa u leedahay nuqul warqad ah oo ogeysiiskan ah. Waxaad naga codsan kartaa inaan ku siino nuqul ka mid ah ogeysiiskan wakhti kasta. Waxaad sidoo kale ka heli kartaa nuqul ka mid ah ogeysiiskan boggayaga, www.lexingtonregional.org.

Ogeysiis Kiiska Jebinta

Sharcigu waa inaan ku ogeysiino jabinta xogtaada caafimaad ee aan la ammaan ahayn. Waxaan ku siin doonaa ogeysiiskaas iyada oo aan dib u dhac aan macquul ahayn, laakiin aan ka soo horjeedin 60 maalmood kadib markii aan ogaanno jebinta.

WAAJIBAADKAYAGA:

Xarunta Caafimaadka Gobolka Lexington waxaa sharci ahaan waajib ku ah inay:

- ilaali asturnaanta macluumaadkaaga caafimaad;
- Waxaan ku siinayaa nuqul warqad ah oo ogeysiiskan ah oo ku saabsan waajibaadkayaga sharciga iyo hababka asturnaanta ee la xiriira macluumaadka caafimaad ee aan kugu ururino oo aan kugu hayno;
- inay raacaan shuruudaha Ogeysiiska hadda shaqeynaya;
- **KU OGEYSIIYO HADDII AAN KU HESHIIN KARIN XAD AMA XADDIDAN LA CODSADAY;**
- Raac codsiyada macquul ah Waxaa laga yaabaa inaad macluumaadkaaga caafimaad ku gudbisno cinwaan kale ama hab kale.

Waxaan haynaa xaqa aan ku beddelno hababka asturnaanta, taasoo keeni karta in la beddelo hababka asturnaanta, taasoo keeni karta isbeddelo ogeysiiskan. Waxaan sidoo kale xafidaneynaa xaqa aan u ogolaanno in ogeysiiska asturnaanta la beddelay ama la beddelay uu ku dhaqan geliyo macluumaadka caafimaad ee aan horey kuu hayno iyo wixii macluumaad ah ee aan helno mustaqbalka. Waxaan nuqul ka mid ah ogeysiiska hadda jira ku dhejin doonaa meelo badan oo ku yaal xarunta caafimaadka iyo boggeena, www.lexingtonregional.org. Taariikhda ogeysiiska dhaqan-galka waxay ku jirtaa geeska hoose ee midig ee bogga ugu dambeeya. Intaa waxaa dheer, mar kasta oo aad iska diiwaangeliso ama lagugu ogolaado isbitaalka

Xarunta Daaweynta ama Adeegyada Daryeelka Caafimaadka Marka aad ku jirto bukaan-jiif ama dibadda, waxaan ku siin doonaa nuqul ka mid ah ogeysiiska hadda ee dhaqan galaya. Ma isticmaali doonno ama ma shaacin doono macluumaadkaaga caafimaad adigoo ogolaanshahaaga ama oggolaanshahaaga la'aan, marka laga reebo sida ku qeexan ogeysiiskan.

TUSAALOYIN KU SAABSAN SHAACA KA QAADISTA DAAWAYNTA, BIXINTA IYO HAWLAHA CAAFIMAADKA:

Kuwani waa noocyada isticmaalka iyo shaacinta aan ka samayn karno macluumaadkaaga caafimaad adigoon ogolaanshahaaga haysan. Waxaan isticmaali doonaa oo shaacin doonaa macluumaadkaaga sida ay u baahan yihiin sharciga federaalka, gobolka ama deegaanka. Sidoo kale marka sharciga gobolka ama federaalku xaddido mid ka mid ah isticmaalka ama shaacinta la sharxay, waxaan raaci doonaa shuruudaha sharcigaas. Ma jiraan wax kasta oo isticmaal ama shaaca ka qaadista qayb ka mid ah laguma taxo. Si kastaba ha ahaatee, dhammaan siyaabaha aan u oggolaano inaan isticmaalno oo aan ku shaacin karno macluumaadkaaga caafimaad waxay ku jiraan mid ka mid ah qaybahaas.

- ◆ Waxaan u adeegsan doonaa macluumaadkaaga caafimaad daweynta. Tusaale ahaan, macluumaadka caafimaad ee ay helaan kalkaaliye, dhakhtar ama shaqaale kale oo caafimaad ayaa lagu diiwaangelin doonaa diiwaankaaga waxaana loo isticmaali doonaa in lagu go'aamiyo daaweynta ugu habboon adiga. Xubnaha kooxdaada caafimaadka ayaa markaas diiwaangelin doona tallaabooyinkii ay qaadeen iyo aragtidooda. Sidaas darteed, dhakhtarku wuxuu ogaan doonaa sida aad uga jawaabayso daaweynta. Waxaan sidoo kale u sheegi karnaa macluumaadkaas kugu saabsan dhakhaatiirta kale, kalkaaliyeyaasha, farsamayaqaannada, shaqaalaha xarumaha caafimaadka, ardayda caafimaadka, mutadawiciinta daryeelka caafimaadka iyo ardayda daryeelka caafimaadka ee ku lug leh daryeelkaaga.

Waxaan sidoo kale siinaynaa dhakhtarkaaga ama bixiye caafimaad ama xarun kale macluumaad ay ku jiraan nuqullo ka caawin kara inay ku daweyaan markaad fasaxdo. Tusaale ahaan, haddii lagu wareejiyo xarun kalkaaliye, waxaan u diri doonaa macluumaadka caafimaad ee kugu saabsan xarunta kalkaalisada.

- ◆ Waxaan u adeegsan doonaa macluumaadkaaga caafimaad si aan u bixiyo lacagta. Tusaale ahaan, biil ayaa laga yaabaa in lagu soo diro adiga ama qof saddexaad, sida shirkadda caymiskaaga. Macluumaadka ku jira ama la soo diray biilka waxaa ka mid noqon kara aqoonsigaaga, ogaanshahaaga, habraacyada la sameeyay, iyo agabka la isticmaalay. Waxaan sidoo kale siin karnaa macluumaad lagama maarmaan ah bixiyeyaasha kale ee caafimaadka si ay u bixiyaan adeegyada ay ku bixiyeen. Tusaale ahaan, haddii ambalaas lagu wareejiyo xarun kale, macluumaadka la ururiyey waxaa loo gudbin doonaa shirkadda ambalaaska si loogu sameeyo biilka. Si kastaba ha ahaatee, sida Sharciga Gobolka uu u baahan yahay Hay'adaha Daryeelka Guriga iyo Hospices, waxaan heli doonaa ogolaanshahaaga ka hor inta aan macluumaadkaaga caafimaad u shaacin bixiyeyaasha kale ama shirkadaha caymiska caafimaadka si loo bixiyo lacagta.

Waxaan u sheegi karnaa qorshahaaga caafimaad ee daaweynta aad qaadnayso. Tani waxaa lagu samayn karaa si loo helo oggolaansho hore ama si loo go'aamiyo in qorshahaaga caafimaad uu dabooli doono daaweynta iyo/ama joogitaanka xarunta caafimaadka.

- ◆ Waxaan u adeegsan doonaa macluumaadkaaga caafimaad hawlqalka caadiga ah ee xarunta caafimaadka. Tusaale ahaan, xubnaha Shaqaalaha Caafimaadka iyo kooxaha maareynta tayada waxay isticmaali karaan macluumaadkaaga caafimaad si

ay u eegaan daryeelka iyo natiijooyinka kiiskaaga iyo kuwa kale ee la midka ah. Macluumaadkan ayaa markaas loo isticmaali doonaa si joogto ah loo hagaajiyo tayada iyo waxtarka caafimaadka iyo adeegyada aan bixino, oo ay ku jirto haddii aan u baahdo bixinta adeegyo dheeraad ah. Waxaan sidoo kale u sheegi karnaa macluumaadkaaga caafimaad ardayda caafimaadka iyo ardayda kale ee caafimaadka si loo eego iyo barashada.

Xaalado qaar, waxaan siin doonaa xogta caafimaad ee dhinacyada kale ee u qalma hawlahooda caafimaadka. Tusaale ahaan, shirkad ambalaas ah ayaa sidoo kale laga yaabaa inay rabto inay ogaato haddii ay si wax ku ool ah u qabteen daryeelkaaga. Si kastaba ha ahaatee, mar kale sida uu dhigayo Sharciga Gobolka ee Hay'adaha Caafimaadka Guriga iyo Hospices, shaacinta hawlaha daryeelka caafimaadka ee bixiye kale waxaa la samayn doonaa oo kaliya ogolaanshahaaga.

1. Waxaan u oggolaan karnaa saaxiibadayada ganacsiga inay isticmaalaan macluumaadkaaga caafimaad haddii loo baahdo. Tusaale ahaan, waxaa jira adeegyo qaar oo ururkeena lagu bixiyo iyada oo loo marayo heshiisyo lala galay dad ama ururo kale, oo loo yaqaan business associates. Filimada raajada ama x-ray-ga waxaa akhriya dhakhaatiirta aan annaga shaqaaleysiin, urur kalena wuxuu qabtaa adeegyada cudurrada. Si aan u ilaalino macluumaadkaaga caafimaad, waxaan u baahanahay in saaxiibada ganacsiga ay si habboon u ilaaliyaan macluumaadkaaga caafimaad.
2. Waxaan ku siin doonaa macluumaadkaaga buugga xarunta. Tusaale ahaan, haddii aadan diidanayn, waxaan isticmaali doonaa magacaaga, meesha aad ku sugan tahay xarunteena caafimaadka, xaaladdaada si guud loo sharaxay, iyo doorbidka diimeed ee ujeedooyinka buugga. Macluumaadkan buugga waxaa loo sii deyn karaa dadka la xiriiira xarunta caafimaadka oo ku weydiya magac ahaan. Macluumaadka la siiyo xubnaha wadaaddada waxaa la sii deyn doonaa iyadoo la raacayo xiriirka diinta.
3. Waxaan u sheegi karnaa goobta ama xaaladdaada guud xubin qoyska, wakiilkaaga gaarka ah ama qof kale oo aad aqoonsatay. Haddii midkood ka mid ah dadkan uu ku lug leeyahay daryeelkaaga ama bixinta daryeelkaaga, waxaan sidoo kale shaacin karnaa macluumaadka caafimaad ee si toos ah ugu lug leh ka qaybgalkooda. Waxaan macluumaadkan sii deyn doonaa oo kaliya haddii aad ogolaato, lagu helo fursad aad ku diidanto oo aadan sameyn, ama haddii aragtideena xirfadeed ay tahay danahaaga inaad u ogolaato qofka inuu helo macluumaadka ama u dhaqaaqo adiga. Tusaale ahaan, waxaan u oggolaan karnaa xubin qoyska ah inuu qaato daroogooyinkaaga, agabka caafimaadka ama sawirrada X-ray-gaaga. Waxaan sidoo kale u sheegi karnaa macluumaadkaaga hay'ad ka caawisa dadaallada gurmada musiiibooyinka si qoyskaaga ama qofka mas'uulka ka ah daryeelkaaga loo ogeysiyo goobta iyo xaaladdaada.
4. Waxaan sii deyn karnaa macluumaadkaaga caafimaad si loo sameeyo cilmi-baaris, iyadoo la raacayo tallaabooyin gaar ah. Tusaale ahaan, waxaan macluumaad u sheegi karnaa cilmi-baarayaasha marka cilmi-baaristooda ay ansixiyeen guddi gaar ah oo dib u eegay soo jeedinta cilmi-baarista isla markaana dejiyay habraacyo lagu xaqiijinayo asturnaanta macluumaadkaaga caafimaad. Waxaan u sheegi karnaa macluumaadka caafimaad ee kugu saabsan dadka diyaarinaya inay sameeyaan mashruuc cilmi-baaris, laakiin macluumaadkaasi wuxuu ku sii jiri doonaa goobta.

5. Waxaan ku qasbannahay inaan adeegsano ilaalin si aan u ilaalino macluumaadkaaga caafimaad muddo 50 sano ah kadib geeridaada. Kadib geeridaada, waxaan u sheegi karnaa macluumaad caafimaad dhakhtarka meydka, baaraha caafimaadka ama agaasimaha aaska marka loo baahdo si ay waajibaadkooda u fuliyaan iyo wakiil shakhsi ah (tusaale ahaan, fuliyaha dhaxalkaaga). Waxaan sidoo kale u sii deyn karnaa macluumaadkaaga caafimaad xubin qoyska ama qof kale oo u shaqeeyay sidii wakiil shakhsi ah ama ku lug lahaa daryeelkaaga ama bixinta daryeelka ka hor geeridaada, haddii ay khuseyso ka qaybgalka qofkaas, ilaa aad muujisay doorasho ka duwan.
6. Waxaan u adeegsan doonaa macluumaadkaaga caafimaad si aan u bixiyo deeqda xubnaha iyo unugyada. Tusaale ahaan, sida sharciga qabo, waxaan siin doonaa macluumaad caafimaad deeqda xubnaha

ururo ama ururo kale oo ku lug leh helitaanka xubnaha ama unugyada, kaydinta xubnaha, ama beerista unugyadaas.

7. Waxaan isticmaali karnaa macluumaadkaaga si aan u xasuusin ku habboon. Tusaale ahaan, waxaan kula soo xiriiri karnaa si aan kuu xasuusino ballamaha baaritaanka baaritaanka ama daaweynta ama faa'iidooyinka iyo adeegyada caafimaad ee laga yaabo inay xiiseeyaan, oo ay ku jiraan fursadaha waxbarasho.
8. Waxaan kula soo xiriiri karnaa qayb ka mid ah dadaal lacag ururin ah. Waxaan sidoo kale isticmaali karnaa, ama u sheegi karnaa saaxiib ganacsi ama hay'ad la xiriirta Xarunta Caafimaadka, macluumaad caafimaad oo gaar ah oo kugu saabsan, sida magacaaga, cinwaankaaga, lambarka telefoonka, taariikhaha aad daaweynta ama adeegyada heshay, dhakhtarka daaweynta, macluumaadka natiijada iyo waaxda adeegyada (tusaale ahaan, wadnaha ama lafaha), si annaga ama iyagaa kula soo xiriiri karno si lacag loogu ururiyo Xarunta Caafimaadka. Mar kasta oo lagu soo xiriiro, ha ahaato qoraal ahaan, telefoon ama siyaabo kale oo ujeedooyin ururinta lacagaha ah, waxaad heli doontaa fursad aad "ka baxdo" oo aadan helin farriimo dheeraad ah oo lacag ururin ah oo la xiriira ololaha ama racfaanka gaarka ah ee lagula soo xiriirayo, ilaa aan horey u dirnay fariin ka hor inta aan helin ogeysiiska doorashadaada si aan uga baxno.
9. Waxaan u adeegsan doonaa macluumaadkaaga caafimaad ujeedooyin caafimaad dadweyne. Tusaale ahaan, waxaan shaacin karnaa macluumaad caafimaad oo kugu saabsan hawlaha caafimaadka dadweynaha ama sida sharcigu oggolaaday. Hawlahan guud ahaan waxaa ka mid ah tusaalooyinka soo socda:
 - si loo xakameeyo ama loo xakameeyo cudurrada, dhaawacyada, ama naafonimada;
 - in la soo sheego dhalasha ama dhimashada;
 - in la soo sheego falcelinta daawooyinka ama dhibaatooyinka alaabta hay'adaha ay FDA maamusho;
 - si loo ogeysiyo dadka dib u soo celinta alaabooyinka ay isticmaali karaan;
 - in la ogeysiyo qof laga yaabo inuu cudur la kulmay ama halis ugu jiro inuu la xiriiro ama faafiyo cudur ama xaalad;

- in la ogeysiyo hay'adda dowladda ee ku habboon haddii aan aaminsannahay inaad dhibane ka ahayd xadgudub, dayac, ama dhibane rabshad oo sababay dhaawacyo iyo dhaawacyo jireed;
 - iyadoo ay ogolaansho ka helayaan waalidka ama ilaaliyaha, si loo diro caddeyn tallaalka loo baahan yahay dugsi.
10. Waxaan u isticmaali karnaa macluumaadkaaga caafimaad ee Magdhowga Shaqaalaha. Tusaale ahaan, waxaan sii deyn karnaa, sida sharcigu oggolaaday, macluumaad caafimaad oo kugu saabsan si loogu adeego magdhowga shaqaalaha ama barnaamijyada la midka ah. Barnaamijyadan waxay bixiyaan faa'iidooyin dhaawacyo ama cudurro la xiriira shaqada.
11. Waxaan u isticmaali karnaa macluumaadkaaga caafimaad xarunta xabsiga. Tusaale ahaan, haddii aad tahay maxbuus ku jira xarun xabsi ama hoos timaada mas'uul boolis ah, waxaan u sii deyn karnaa macluumaadkaaga caafimaad xarunta xabsiga ama sarkaalka fulinta sharciga. Sii deyntan waxay lagama maarmaan u tahay in hay'adda ay ku siiso daryeel caafimaad, si loo ilaaliyo caafimaadkaaga iyo badbaadadaada, ama badbaadada iyo badbaadada xabsiga.
12. Waxaan u isticmaali karnaa macluumaadkaaga caafimaad ee booliska. Tusaale ahaan, waxaan sii deyn karnaa xogta caafimaadka haddii sarkaal booliis ka codsado:
- jawaab ahaan amar maxkamadeed, subpoena, warrant, summons ama hab la mid ah;
 - in la aqoonsado ama la helo qof la tuhunsanaa, baxsaday, markhaati muhiim ah ama qof maqan;
 - Haddii aad tahay dhibane dambiyo haddii, xaalado gaar ah, aanan heli karin heshiiskaaga;
 - ku saabsan dhimasho aan u maleyneynay inay ka dhalatay fal dambiyeed;
 - ku saabsan falka dambiyada ee xarunta caafimaadka;
 - xaaladaha degdegga ah ee lagu soo sheego dambi, goobta dambiga ama dhibanayaasha, ama aqoonsiga, sharaxaadda ama goobta qofka dambiga galay.
- Marka ay xaddiddo sharciga gobolka ama federaalka, waxaan isticmaali doonaa oo shaacin doonaa macluumaadkaaga caafimaad gudaha xuduudaha sharciga.
13. Waxaan u isticmaali karnaa macluumaadkaaga caafimaad dacwadaha garsoorka iyo maamulka. Tusaale ahaan, haddii aad ku lug leedahay dacwad ama muran, waxaan shaacin karnaa macluumaad caafimaad oo kugu saabsan si aan uga jawaabno amar maxkamadeed ama maamul. Waxaan sidoo kale shaacin karnaa macluumaad caafimaad oo kugu saabsan jawaab celin wicitaan maxkamadeed, codsi helid ama hab sharci oo kale oo uu sameeyay qof kale oo ku lug leh muranka, laakiin kaliya haddii dadaal macquul ah la sameeyay si lagu ogeysiyo codsiga ama loo helo amar maxkamadeed oo ilaalinaya macluumaadka la codsaday.

14. Waxaan u isticmaali karnaa macluumaadkaaga caafimaad hawlaha kormeerka caafimaadka. Tusaale ahaan, waxaan u sheegi karnaa xogta caafimaadka hay'adda kormeerka caafimaadka hawlaha sharcigu oggolaaday. Tani waxay ka mid noqon kartaa kormeerro, baaritaanno, kormeerro, iyo ruqsad. Hawlahan waa lagama maarmaanka u ah dowladda si ay ula socoto nidaamka daryeelka caafimaadka, barnaamijyada dowladda iyo u hoggaansanaanta shuruucda xuquuqda madaniga ah.
15. Waxaan isticmaali karnaa macluumaadkaaga caafimaad si aan uga hortagno hanjabaad waxyeello ah oo dadka kale ah. Waxaan tan samayn doonaa oo kaliya haddii aan si daacad ah u aaminsanahay in ay lagama maarmaan tahay in la joojiyo ama la yareeyo hanjabaadda oo ay tahay qof si macquul ah u awood u leh inuu ka hortago ama yareeyo hanjabaadda (oo ay ku jirto bartilmaameedka) ama ay lagama maarmaan u tahay hay'adaha sharciga si ay u aqoonsadaan ama u qabtaan qof ku lug leh dambi.
16. Waxaan u isticmaali karnaa macluumaadkaaga hawlaha amniga qaranka iyo sirdoonka sida sharcigu oggolaaday ama adeegyada ilaalinta Madaxweynaha. Haddii aad tahay xubin ciidan ah, waxaan u sheegi karnaa mas'uuliyiinta milatari xaalado gaar ah.
17. Waxaa jiri kara isticmaalka ama shaacinta macluumaadkaaga oo dhaca inta aan adeeg kuu siinayno ama ganacsigeena wadno. Tusaale ahaan, kadib qalliinka, kalkaalisada ama dhakhtarka waxaa laga yaabaa inuu magacaaga isticmaalo si uu u aqoonsado xubnaha qoyska ee laga yaabo inay ku sugayaan qolalka sugitaanka. Dad kale oo sugaya isla aaggaas waxay maqli karaan magacaaga oo la wacay. Waxaan samayn doonaa dadaal macquul ah si aan u xaddido isticmaalka iyo shaacinta dhacdooyinka kala duwan.
18. Xarunta Caafimaadka Gobolka Lexington waxay ka qayb qaadan kartaa Is-weydaarsiga Macluumaadka Caafimaadka ee gobolka Nebraska (HIE) iyo HIE-yada qaran ee ay maamulaan sharciga gobolka iyo federaalka. Iyadoo loo marayo HIEs, bixiyeyaasha ka qaybqaata iyo caymiska caafimaadka waxay arki karaan macluumaadkaaga caafimaad ee diiwaanada midba midka kale ee daaweynta, lacagta bixinta, ama hawlahooda daryeelka caafimaadka. Intaa waxaa dheer, ka qaybgalka is-weydaarsiga macluumaadka caafimaadka waxay u oggolaaneysaa in si elektaroonik ah loo helo macluumaadka caafimaad ee bixiyeyaasha kale ee ka qaybgalaya. Dhammaan bukaannada LRHC waxaa lagu daray wadaagista iyo isweydaarsiga macluumaadka HIE ilaa ay si gaar ah u codsadaan inay ka baxaan.
Haddii aad doorato inaad ka baxdo, is-weydaarsiga xogtaada ma dhici doono iyada oo loo marayo HIE gaar ah, waxaana jiri kara dib u dhac ku yimid bixiyeyaasha kale oo heli kara ama helaya macluumaadkaaga si loo daaweynta, lacagta bixinta, ama hawlgallada daryeelka caafimaadka.
Codsigaaga ka bixitaanka ayaa khuseyn doona marka laga reebo macluumaadka lagu qasbo in la is dhaafsado sharciga gobolka ama federaalka (sida warbixinta caafimaadka dadweynaha ama Barnaamijka Kormeerka Daawooyinka Qorista ee Nebraska).

Waxaad ka bixi kartaa adigoo la xiriiraya HIEs-ka hoose. Waad kansali kartaa codsiga ka bixitaanka adigoo adeegsanaya HIE wakhti kasta. Ka bixitaanka HIE ma joojin doonto wadaagga macluumaadka uu waajibayo sharciga gobolka ama federaalka.

- Isbahaysiga Caafimaadka Commonwell. Dhammee Dooro Foomka boggeena, oo si nabad ah ugu soo dir email email info@commonwellalliance.org
- CyncHealth www.cynchealth.org/patients/#opt-in-out ama la xiriir taageerada (402) 506-9900 Ikhtiyaarka 1.

ISTICMAALKA IYO SHAACINTA U BAAHAN OGOLAANSHAHAAGA:

Waxaa jira isticmaal iyo shaacin badan oo aan sameyn doono oo keliya ogolaanshahaaga qoraalka ah. Kuwani waxaa ka mid ah:

- **Isticmaalka iyo Shaacinta Aan Kor ku Xusin** – Waxaan heli doonaa oggolaanshahaaga isticmaalka ama shaacinta macluumaadkaaga caafimaad ee aan lagu sharaxin tusaalooyinka hore.
- **Psychotherapy Notes** – Kuwani waa qoraallo uu sameeyay xirfadle caafimaadka maskaxda ah oo diiwaangelinaya wada sheekaysiyo inta lagu jiro kalfadhiyada la-talin gaar ah ama daaweynta wadajirka ah ama kooxeed. Isticmaalka ama shaacinta qoraallada daaweynta maskaxda badankood waxay u baahan yihiin oggolaanshahaaga.
- **Suuqgeynta** – Ma isticmaali doonno ama ma shaacin doono macluumaadkaaga caafimaad ujeedooyin suuq-geyn ah adigoo oggolaanshahaaga la'aan. Intaa waxaa dheer, haddii aan helno wax lacag ah oo ka yimaada qof saddexaad oo la xiriira suuq-geynta, waxaan kuu sheegi doonaa taas foomka oggolaanshaha.
- **libinta Macluumaadka Caafimaadka** – Ma iibin doono macluumaadkaaga caafimaad dadka saddexaad la'aanta oggolaanshahaaga. Oggolaansho kasta oo noocaas ah waxay sheegaysaa inaan heli doono mushahar heshiiska.

Haddii aad oggolaansho bixiso, waad ka laaban kartaa wakhti kasta adigoo na siin jiray ogeysiis waafaqsan siyaasadda oggolaanshahaaga iyo tilmaamaha ku jira foomka oggolaanshaha. Ka noqoshadaadu ma noqon doonto mid waxtar leh isticmaalka iyo shaacinta lagu sameeyay iyadoo lagu tiirsanayo oggolaanshahaaga hore.

WIXII FAAHFAAHIN DHEERAAD AH AMA SI AAD U SOO SHEEGTO WALAAC:

Haddii aad su'aalo ka qabto ogeysiiskan oo aad rabto macluumaad dheeraad ah ama aad ka walwalsan tahay asturnaantaada, waxaad la xiriiri kartaa Sarkaalka Asturnaanta ee Xarunta Caafimaadka Gobolka Lexington adigoo adeegsanaya telefoonka: (308)324-8587 ama qoraal ahaan: Lexington Regional Health Center, P.O. Box 980, Lexington, NE 68850 Attn: Sarkaalka Asturnaanta.

Haddii aad aaminsan tahay in xuquuqdaada asturnaanta la jabiyay oo aan la xallin Xarunta Caafimaadka Gobolka Lexington, waxaad xaq u leedahay inaad cabasho u gudbisno Xoghayaha Caafimaadka iyo Adeegyada Aadanaha. Laguma aargoosan doono cabasho gudbisashada.