

اسم مقدم الخدمة/المنشأة

نبذة عن PSYCKES

يوصل مكتب ولاية نيويورك للصحة العقلية تقديم نظام الخدمات النفسية والتحسينات السريرية (PSYCKES). تهدف قاعدة البيانات هذه على الإنترنت إلى تخزين بعض سجلاتك الطبية وغيرها من المعلومات الخاصة بحالتك الصحية. قد يساعد هذا الجهات المقدمة لخدماتك الصحية على تزويدك بالرعاية المناسبة عندما تحتاج إليها.

تأتي المعلومات الموجودة في PSYCKES من سجلاتك الطبية وقاعدة بيانات برنامج Medicaid في مدينة نيويورك ومصادر أخرى. انتقل إلى www.psyckes.org، واضغط على نبذة عن PSYCKES، لمعرفة المزيد عن البرنامج ومصادر هذه البيانات الخاصة بك.

تشمل هذه البيانات:

- اسمك، وتاريخ ميلادك، وعنوانك، وغيرها من المعلومات التي تحدد هويتك
- خدماتك الصحية التي يغطيها برنامج Medicaid
- سجل رعايتك الصحية، مثل الأمراض أو الإصابات التي تعالجت منها ونتائج الفحوصات والأدوية
- معلومات أخرى تقوم أنت أو الجهات المقدمة لرعايتك الصحية بإدخالها في النظام، مثل خطة السلامة الصحية.

ما يتعين عليك فعله

معلوماتك سرية للغاية، مما يعني أن الآخرين بحاجة إلى الحصول على إذن لرؤيتها. أكمل هذا النموذج الآن أو في أي وقت إذا أردت أن تمنح الجهات المقدمة لرعايتك الصحية الإذن بالاطلاع على سجلاتك أو تمنعهم من الإطلاع عليها. وأيضًا كان اختيارك، فلن يؤثر في حقك في تلقي الرعاية الطبية أو تغطية التأمين الصحي.

يرجى قراءة الجزء الخلفي من هذه الصفحة بعناية قبل تحديد أي من المربعات أدناه. اختر:

- "أمنح موافقتي" إذا كنت تريد أن تطلع هذه الجهة، وطاقمها المشارك في رعايتك، على المعلومات الخاصة بك في PSYCKES.

- "لا أمنح موافقتي" إذا كنت لا تريد لأي جهة أن تطلع عليها.

إذا لم تمنح موافقتك، فهناك بعض الأوقات التي قد تتمكن فيها هذه الجهة من الإطلاع على معلوماتك الصحية في PSYCKES – أو تحصل عليها من جهة أخرى – عندما تسمح القوانين واللوائح المحلية والفيدالية بذلك¹ على سبيل المثال، إذا كان برنامج Medicaid مهتمًا بجودة الرعاية الصحية التي تتلقاها، فقد تتمكن الجهة المقدمة لرعايتك من الوصول إلى PSYCKES لمساعدتها في تحديد ما إذا كنت تتلقى الرعاية المناسبة في الوقت المناسب أم لا.

القرار بيدك. يرجى تحديد مربع واحد فقط.

أمنح موافقتي على أن تطلع الجهة المقدمة لرعايتي، وطاقمها المشارك في رعايتي، على معلوماتي الصحية فيما يتعلق بخدمات رعايتي الصحية.

لا أمنح موافقتي على أن تطلع هذه الجهة على معلوماتي الصحية، لكنني أتفهم أنها قد تتمكن من رؤيتها عندما تسمح القوانين واللوائح المحلية والفيدالية بذلك.

اسم المريض بحروف واضحة	تاريخ ميلاد المريض
رقم هوية المريض في برنامج Medicaid	
توقيع المريض أو ممثله القانوني	التاريخ
اسم الممثل القانوني بحروف واضحة (إن وجد)	علاقة الممثل القانوني بالمريض (إن وجدت)

1 القوانين واللوائح تتضمن قانون الصحة العقلية في ولاية نيويورك القسم 33.13، وقانون الصحة العامة في ولاية نيويورك المادة F-27، وقواعد السرية الفيدرالية بما في ذلك CFR 42 الجزء 2 و CFR 45 الجزء 160 و 164 (والتي يشار إليها أيضًا بالاختصار "HIPAA").

1 كيف يمكن للجهات المقدمة للرعاية أن تستخدم معلوماتك الصحية. لا يمكنها استخدام هذه المعلومات إلا في الحالات التالية:

- توفير العلاج الطبي وتنسيق الرعاية والخدمات ذات الصلة.
- تقييم جودة الرعاية الطبية وتحسينها.
- إخطار الجهات المقدمة لعلاجك في حالات الطوارئ (كأن تذهب إلى غرفة الطوارئ).

2 المعلومات التي يمكنها الاطلاع عليها. إذا منحت الموافقة، فتستطيع الاطلاع على جميع معلوماتك الصحية في PSYCKES. قد يتضمن هذا معلومات من سجلاتك الصحية مثل الأمراض أو الإصابات (مثل مرض السكري أو كسر إحدى العظام)، ونتائج الفحوصات (الأشعة السينية وفحوصات الدم)، ونتائج التقييمات، والأدوية. قد تتضمن أيضاً خطط الرعاية، وخطط السلامة، والتوجيهات النفسية المسبقة التي تضعها أنت أو الجهة المقدمة لعلاجك. قد ترتبط هذه المعلومات أيضاً بالحالات الصحية الحساسة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- الأمراض أو الاختبارات الجينية (الموروثة)
- فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز
- الأمراض المنقولة جنسياً
- حالات الصحة العقلية
- تعاطي الكحول أو المخدرات
- تحديد النسل والإجهاض (تخطيط الأسرة)

3 مصادر المعلومات. ستعد أي من خدماتك الصحية التي يغطيها برنامج Medicaid جزءاً من سجلك. وكذلك الخدمات التي تحصل عليها من أي مركز تديره الولاية للطب النفسي. يتم تخزين بعض المعلومات من سجلاتك الطبية، وليس جميعها، في PSYCKES، وكذلك البيانات التي تقوم أنت وطبيبك بإدخالها. تتضمن سجلاتك على الإنترنت معلومات من حالتك الصحية من قواعد بيانات أخرى في ولاية نيويورك، وقد تُضاف قواعد بيانات جديدة. للحصول على قائمة حالية بمصادر البيانات ومزيد من المعلومات عن PSYCKES، انتقل إلى: www.psyckes.org واطلع على "نبذة عن PSYCKES"، أو اطلب من الجهة المقدمة للخدمات أن تطبع واحدة من أجلك.

4 من يمكنه الاطلاع على معلوماتك، بعد موافقتك. أطباء _____ وغيرهم من الطاقم المشارك في رعايتك، بالإضافة إلى مقدمي خدمات الرعاية الصحية الذين يغطون _____ أو يعملون تحت الطلب لصالحها. يستطيع أفراد الطاقم الذين يقومون بالواجبات المدرجة في رقم 1 اعلاه الاطلاع على معلوماتك أيضاً.

5 الاطلاع على معلوماتك أو استخدامها بشكل غير مناسب. هناك عقوبات على الاطلاع على معلوماتك الصحية في PSYCKES أو استخدامها بشكل غير مناسب. إذا كنت تشتهى بأن هناك من رأى أو اطلع على معلوماتك - ولا ينبغي له القيام بذلك - فاتصل بقسم:

- _____ في _____ ، أو
- علاقات العملاء في مكتب ولاية نيويورك للصحة العقلية على 800-597-8481.

6 مشاركة معلوماتك. قد تشارك _____ معلوماتك الصحية مع آخرين فقط إذا كانت القوانين واللوائح المحلية والفيدرالية تسمح بذلك. يسري هذا على المعلومات الصحية المتوفرة في صيغة إلكترونية أو ورقية. توفر بعض القوانين المحلية والفيدرالية أيضاً حماية خاصة ومتطلبات إضافية للكشف عن المعلومات الصحية الحساسة، مثل علاج فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز وتعاطي الكحول والمخدرات.¹

7 فترة السريان. يسري نموذج الموافقة هذا لمدة 3 أعوام بعد آخر تاريخ تلتقيت فيه خدمات من _____ ، أو حتى اليوم الذي تسحب فيه موافقتك، أيهما أقرب.

8 سحب موافقتك. يمكنك سحب موافقتك في أي وقت عن طريق توقيع نموذج سحب الموافقة وتسليمه إلى _____ . يمكنك أيضاً تغيير خيارات موافقتك عن طريق توقيع نموذج موافقة جديد في أي وقت. يمكنك الحصول على هذه النماذج في www.psyckes.org أو من الجهة المقدمة لخدماتك عن طريق الاتصال بـ _____ على _____ . يرجى ملاحظة أنه يجوز للجهات المقدمة للخدمات التي تحصل على معلوماتك الصحية من خلال _____ أثناء سريان نموذج الموافقة هذا، نسخ معلوماتك أو إدراجها في سجلاتك الطبية. أما إذا سحبت موافقتك، فلن يتعين على هذه الجهات أن تعيد المعلومات أو تزيلها من سجلاتك.

9 نسخة من النموذج. يمكنك تلقى نسخة من نموذج الموافقة هذا بعد أن توقعه.