

اسم مقدم الخدمة/المنشأة

ما يتعين عليك معرفته

لقد قمت مسبقاً بتوقيع نموذج الموافقة؛ مما يعطي لهذه الجهة المقدمة للخدمات الإذن بالاطلاع على بياناتك في برنامج Medicaid وغيرها من المعلومات الصحية المتوفرة في قاعدة بيانات نظام الخدمات النفسية والتحسين السريري (PSYCKES) على الإنترنت.

يجب عليك إكمال نموذج سحب الموافقة وتوقيعه إذا لم تعد تريد أن تُطلع هذه الجهة، وطاقتها المشارك في رعايتك، على المعلومات الخاصة بك. وعند إكمال هذا النموذج وتوقيعه وإعادته إليها:

1 لن تتمكن هذه الجهة المقدمة للرعاية الصحية من الاطلاع على معلوماتك الصحية من خلال PSYCKES. وتكون الاستثناءات على النحو التالي:

- في حالات الطوارئ.
- عندما تسمح قوانين ولوائح السرية المحلية والفيدالية بذلك. 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.

2 قد تتمكن الجهة المقدمة لرعايتك من الاطلاع على معلوماتك الصحية بطرق أخرى. على سبيل المثال، قد تسمح لها القوانين واللوائح نفسها بالحصول على المعلومات اللازمة لعلاجك من جهة أخرى مقدمة للخدمات.

3 لن يؤثر سحب الموافقة هذا في المعلومات الصحية التي تمت مشاركتها أثناء سريان موافقتك.

4 لن يتغير تلقياً للرعاية الطبية وتغطية التأمين الصحي نتيجة سحب موافقتك. ستواصل الجهات المقدمة لرعايتك الصحية إرسال المطالبات إلى جهة التأمين من أجل ما تحصل عليه من خدمات.

5 يمكنك إكمال نموذج موافقة جديد من PSYCKES في أي وقت. تتوفر النماذج لدى الجهة المقدمة للخدمات، وينبغي إعادتها إليها بعد إكمالها وتوقيعه.

6 ستحصل على نسخة من هذا النموذج عند توقيعه وتسليمه.

ما يتعين عليك فعله

قدّم المعلومات المطلوبة أدناه وأعط هذا النموذج للجهة المقدمة للخدمات.

تاريخ ميلاد المريض	اسم المريض بحروف واضحة
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)	