



تفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية (بما في ذلك معلومات علاج تعاطي الكحول/المخدرات، ومعلومات الصحة النفسية، والمعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز "HIV/AIDS")

القسم الأول: بيانات المريض(ة)

اسم المريض(ة):	تاريخ الميلاد:	رقم السجل الطبي:
عنوان المريض(ة):	رقم الهاتف:	عنوان البريد الإلكتروني:

القسم الثاني: معلومات التفويض

أطلب أنا، أو ممثلي المعتمد قانونًا، الإفصاح عن المعلومات الصحية المتعلقة برعايتي وعلاجي، وذلك على النحو المبين في هذا النموذج. وأقر بأنني أفهم وأؤكد ما يلي:

1. يجوز استخدام هذا التفويض للإفصاح عن جميع المعلومات الصحية المحمية، بما في ذلك معلومات علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة، وعلاج الصحة النفسية، والمعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ولا يجوز الإفصاح عن معلومات علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة، أو علاج الصحة النفسية، أو المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز إلا للشخص (الأشخاص) المدرج اسمه في البند 10، و فقط إذا منحت تفويضًا مُحددًا بالإفصاح عن هذه المعلومات عن طريق وضع أحرف اسمي الأولى في السطر المناسب ضمن البند 13.
  2. يجوز الإفصاح عن المعلومات الواردة في السجلات السريية للصحة النفسية بموجب هذا التفويض إلى الجهات المحددة في هذا النموذج التي لديها حاجة مُثبتة إلى هذه المعلومات، وذلك بشرط ألا يُتوقع بصورة معقولة أن يكون هذا الكشف عن المعلومات ضارًا بالمريض أو بأي شخص آخر.
  3. في ظل انطباق استثناءات معينة، يجوز أن يُعاد الإفصاح عن المعلومات الصحية من قِبَل المستلم بعد الإفصاح عنها أول مرة. إذا كنتُ أُمَنح تفويضًا بالإفصاح عن معلومات صحية متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة، أو معلومات علاج الصحة النفسية، يُحظر على المستلم إعادة الإفصاح عن هذه المعلومات أو استخدامها لأي غرض آخر دون تفويضي، ما لم يكن مسموحًا له بذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية ذي الصلة. وإذا تعرضت للتمييز بسبب الإفصاح أو الكشف عن معلومات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، يمكنني الاتصال بقسم حقوق الإنسان في ولاية نيويورك (New York State Division of Human Rights)، وهو الوكالة المسؤولة عن حماية حقوقي، على الرقم 1-888-392-3644.
  4. لدي الحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت، وذلك عن طريق مراسلة مقدّم الخدمة أو الجهة المدرجة أدناه في البند 9 كتابيًا. ويجوز لي إلغاء هذا التفويض باستثناء الحالات التي تم فيها اتخاذ إجراءات بالفعل بناءً على هذا التفويض.
  5. يجوز إكمال هذا التفويض وتوقيعه إلكترونيًا، بموجب قانون التوقيعات والسجلات الإلكترونية (Electronic Signatures and Records Act)، بما في ذلك عبر سجل الصحة الإلكتروني لمقدّم الخدمة المعني. ويجب على مقدّم الخدمات التأكد من إمكانية طباعة هذا النموذج و/أو تسليمه بالصيغة المعتمدة إلى المريض(ة)، و/أو ممثّل(ة) المريض(ة)، و/أو المستلمين المعنيين.
  6. يُعد التوقيع على هذا التفويض أمرًا طوعيًا. أدرك أنّ علاجي، أو سداي للتكاليف ذات الصلة، أو تسجيلي في أي خطة صحية، أو استحقاقي للحصول على مخصصات معينة، لن يكون أي منها مشروطًا بشكل عامّ بتفويضي بهذا الإفصاح. ومع ذلك، فأنا أدرك أنه قد يتم رفض تقديم العلاج لي في بعض الحالات إذا لم أوقع على نموذج الموافقة هذا.
  7. يجب عليّ إكمال جميع البنود الواردة في هذا النموذج. وإذا تركت أي قسم فارغًا، فسيُعتبر هذا النموذج باطلًا.
  8. لقد تمت الإجابة عن استفساراتي بشأن هذا النموذج، وقد استلمتُ نسخة منه.
- تم رفض استلام النسخة من قِبَل المريض(ة)



تفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية (بما في ذلك معلومات علاج تعاطي الكحول/المخدرات، ومعلومات الصحة النفسية، والمعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز "HIV/AIDS")

القسم الثالث: معلومات الإفصاح

9. الاسم ومعلومات الاتصال لمقدم الخدمة المُفوض بالإفصاح عن هذه المعلومات:

10. الاسم ومعلومات الاتصال للشخص (الأشخاص) الذي سيتم الإفصاح عن هذه المعلومات له:

11. الغرض من الإفصاح عن المعلومات:

12. تنتهي صلاحية هذا التفويض بالإفصاح عن معلوماتي الصحية عند وقوع الحدث أو التاريخ المحدد أدناه، ما لم أقم بالغاءه في وقت سابق:

القسم الرابع: المعلومات الصحية

13. أفوض بالإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية التالية:

- جزء من سجلي الطبي من (أدخل التاريخ) إلى (أدخل التاريخ)
- السجل الطبي الكامل، بما في ذلك التواريخ المرضية للمريض(ة)، والملاحظات المكتوبة (باستثناء ملاحظات العلاج النفسي المنفصلة)، ونتائج الفحوصات، ودراسات الأشعة، والأفلام، والإحالات، والاستشارات، وسجلات الفوترة، وسجلات التأمين، والسجلات المرسله إليكم من قبل مقدمي رعاية صحية آخرين.
- غير ذلك (يرجى التحديد):

للإفصاح عن معلومات علاج الصحة النفسية، أو علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة (SUD)، أو معلومات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، يجب عليك وضع علامة في المربع ذي الصلة، وكتابة الأحرف الأولى من اسمك، ووضع التاريخ أدناه بجانب المعلومات المحددة التي ترغب في الإفصاح عنها.

- السجلات السريية الخاصة ببرامج الصحة النفسية\* الأحرف الأولى: التاريخ: \_\_\_\_\_
- السجلات الخاصة ببرامج علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة الأحرف الأولى: التاريخ: \_\_\_\_\_
- المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز الأحرف الأولى: التاريخ: \_\_\_\_\_

القسم الخامس: التوقيع

14. توقيع المريض(ة) أو الممثل الشخصي (الممثلة الشخصية): \_\_\_\_\_
15. التاريخ: \_\_\_\_\_
16. اسم المريض(ة) (بخط واضح): \_\_\_\_\_
17. إذا لم يكن الموقع هو المريض(ة)، اسم الممثل الشخصي (الممثلة الشخصية) (بخط واضح): \_\_\_\_\_
18. صلاحية الممثل الشخصي (الممثلة الشخصية) فيما يتعلق بالتوقيع نيابة عن المريض(ة): \_\_\_\_\_

يمكن استخدام هذا النموذج بدلاً من النماذج DOH2557، أو DOH5032، أو OMH 11. وقد تمت الموافقة عليه من قبل مكتب الصحة النفسية في ولاية نيويورك (NYS Office of Mental Health) للسماح بالإفصاح عن المعلومات الصحية أو السجلات السريية للصحة النفسية. ومع ذلك، لا يُلزم هذا النموذج مقدمي الرعاية الصحية بالإفصاح عن المعلومات الصحية. يجب أن تكون المعلومات المتعلقة بعلاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة، أو علاج الصحة النفسية، أو المعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية التي يتم الإفصاح عنها من خلال هذا النموذج مصحوبة بالبيانات المطلوبة بشأن حظر إعادة الإفصاح.