فرم پس
گرفتن رضایت

Office of Mental Health
PSYCKES

نام ارائه‌دهنده/مرکز

آنچه باید بدانید

شما قبلاً یک فرم رضایت را امضا کرده‌اید و به این ارائه‌دهنده خدمات سلامت اجازه داده‌اید به اطلاعات Medicaid و سایر اطلاعات سلامت شما که در پایگاه داده آنلاین سامانه Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System (PSYCKES) (نفسیاتی خدمات اور کلینیکل نالج اینهانسمنٹ سسٹم) موجود است، دسترسی داشته باشد.

اگر دیگر نمی‌خواهید این ارائه‌دهنده خدمات و کارکنانی که از شما مراقبت می‌کنند به اطلاعات شما دسترسی داشته باشند، باید این فرم «پس گرفتن رضایت» را تکمیل و امضا کنید. پس از تکمیل، امضا و بازگرداندن این فرم به آن‌ها:

1. این ارائه‌دهنده خدمات سلامت دیگر نمی‌تواند از طریق PSYCKES به اطلاعات سلامت شما دسترسی داشته باشد. استثناها عبارت‌اند از:
   - در شرایط اضطراری، یا
   - در مواردی که قوانین و مقررات ایالتی و فدرال مربوط به محرمانگی این اجازه را بدهند. برای مثال، اگر Medicaid درباره کیفیت مراقبت‌های سلامت شما نگرانی داشته باشد، ممکن است ارائه‌دهنده خدمات شما برای بررسی اینکه آیا مراقبت مناسب را در زمان مناسب دریافت می‌کنید.[1]
2. ارائه‌دهنده خدمات شما ممکن است از راه‌های دیگری نیز بتواند به اطلاعات پزشکی شما دسترسی پیدا کند. برای مثال، همان قوانین و مقررات ممکن است به آن‌ها اجازه دهد اطلاعات موردنیاز برای درمان شما را از یک ارائه‌دهنده خدمات دیگر دریافت کنند.
3. این «پس گرفتن رضایت» بر اطلاعات سلامت که در مدت اعتبار رضایت شما به اشتراک گذاشته شده است، تأثیری نخواهد داشت.
4. پس گرفتن رضایت، دسترسی شما به مراقبت‌های پزشکی یا پوشش بیمه درمانی را تغییر نخواهد داد. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شما همچنان بابت خدماتی که دریافت می‌کنید، مطالبات خود را به شرکت بیمه ارسال خواهند کرد.
5. شما می‌توانید در هر زمان یک فرم رضایت جدید PSYCKES را تکمیل کنید. این فرم‌ها از طریق ارائه‌دهنده خدمات شما در دسترس هستند و پس از تکمیل و امضا باید به همان ارائه‌دهنده بازگردانده شوند.
6. پس از امضا و ارائه آن، یک نسخه از این فرم را دریافت خواهید کرد.

آنچه باید انجام دهید

اطلاعات درخواستی زیر را تکمیل کرده و این فرم را به ارائه‌دهنده خدمات خود تحویل دهید.

نام بیمار را با حروف خوانا بنویسید

تاریخ تولد بیما

شماره Medicaid بیمار

امضای بیمار یا نماینده قانونی بیمار

تاریخ

نسبت نماینده قانونی با بیمار (در صورت وجود

نام نماینده قانونی را به‌صورت خوانا بنویسید (در صورت وجود)

[1] قوانین و مقررات شامل بخش 33.13 قانون بهداشت روان NY، ماده 27-F قانون بهداشت عمومی NY و مقررات فدرال مربوط به محرمانگی، از جمله 42 CFR Part 2 و 45 CFR Parts 160 و 164 (که با نام «HIPAA» نیز شناخته می‌شود) هستند.