

الموافقة على إصدار معلومات تتعلق بالأشخاص الذين يعانون  
اضطراب تعاطي المخدرات

أُلغي القانون بتاريخ \_\_\_\_\_ توقيع الموظف \_\_\_\_\_

الاسم الأخير للمريض	الاسم الأول	الاسم الأوسط
رقم الحالة.		
المنشأة	الوحدة	

تعليمات: أعط نسخة من النموذج للمريض. قم بإعداد نسخة واحدة (1) لإضافتها إلى سجل حالة المريض. إذا كان هذا النموذج يُستخدم لأغراض إعداد الفواتير، فقم بإعداد نسخة أخرى لوكيل الموارد والسادد. إذا كان هذا النموذج يُرسل مع طلب الحصول على معلومات إلى وكالة أخرى، فقم بإعداد نسخة إضافية لإضافتها إلى سجل حالة المريض.

[الإفصاح] / [الإصدار] بموافقة المريض

مدى أو طبيعة المعلومات التي سيتم الكشف عنها/ إصدارها (الدائرة)

الغرض أو الحاجة من الإفصاح/ الإصدار (الدائرة)

اسم أو لقب الشخص أو المنظمة التي تقوم بالإفصاح/ إصدار المعلومات

اسم أو لقب الشخص أو المنظمة التي سيتم الإفصاح/ الإصدار لها

بين:

و:

قرأت أنا، الموقع أدناه، ما ورد أعلاه وأصرّح لموظفي منشأة الإفصاح/ الإصدار المذكورين بإصدار الإفصاح عن هذه المعلومات على النحو الموضح في هذا النموذج. وأفهم أنه يجوز لي أن أسحب هذه الموافقة كتابيًا في أي وقت فيما عدا ما يتخذ من إجراءات بالاعتماد عليها. وتنتهي هذه الموافقة بعد ستة (6) أشهر من التوقيع عليها، ما لم يحدد أدناه فترة زمنية مختلفة أو حدث أو شرط على خلاف ذلك، وفي هذه الحالة تُطبق هذه الفترة الزمنية أو الحدث أو الشرط. أفهم أيضًا أن أي إفصاح/ إصدار يكون مقيدًا بموجب الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الذي يحكم سرية سجلات المرضى الذين يعانون اضطراب تعاطي المخدرات، وكذلك يخضع لقانون التأمين الصحي لإمكانية النقل والمحاسبة ((Health Insurance Portability and Accountability Act, (HIPAA) لعام 1996، الباب 45 من قانون اللوائح الفيدرالية، الجزآن 160 و164؛ وأنه يُحظر إعادة الإفصاح عن هذه المعلومات لطرف آخر غير الطرف المحدد أعلاه من دون الحصول على إذن كتابي آخر مني.

الفترة الزمنية أو الحدث أو الشرط الذي يحل محل الفترة المحددة أعلاه:

**ملحوظة:** أي معلومات يتم الإفصاح عنها من خلال هذا النموذج سيرفق معها نموذج حظر إعادة الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بالأشخاص الذين يعانون اضطراب تعاطي المخدرات (النموذج TRS-1)

أفهم أنه لا يجوز للبرنامج بشكل عام أن يشترط الحصول على توقيعي على نموذج الموافقة لكي أخضع للعلاج، ولكن في ظروف محدودة معينة قد يتم رفض علاجي إذا لم أوقع على نموذج موافقة. لقد تسلمت نسخة من هذا النموذج على النحو الذي يثبتته توقيعي أدناه.

(توقيع ولي الأمر/ الوصي، عند الاقتضاء)

(توقيع المريض)

(اسم ولي الأمر/ الوصي بأحرف واضحة)

(اسم المريض بأحرف واضحة)

(التاريخ)

(التاريخ)