

تم الإلغاء بتاريخ _____ توقيع الموظفين _____

ولاية نيويورك
مكتب خدمات ودعم الإدمان (AND OFFICE OF ADDICTION SERVICES)
(SUPPORTS)

موافقة بالكشف عن المعلومات المتعلقة بالأشخاص الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات في مصحة وحالتهم الطبية العامة

اسم عائلة المريض	الاسم الأول	الاسم الأوسط
رقم الحالة		
المصحة		

التعليمات: أرسل نسخة من النموذج إلى المريض! إعداد نسخة واحدة (1) من سجل حالة المريض

أفوض أنا، الموقع أدناه، موظفي هذه المصحة بالكشف عن وجودي أو عدم وجودي في هذه المصحة، وتوفير معلومات حول حالتي الصحية العامة إلى الأشخاص الموضحة أسماءهم أدناه والمعنيين شخصياً بمعرفة مكان وجودي ومدى التقدم الذي أحرزته. وأوافق على إخطار الأقارب الموضحة أسماءهم أدناه في حالة تعرضي لإصابة أو مرض أو حالة طارئة أخرى.

أسماء الأقارب	الهدف
العنوان	

العلاقة	اسم (أسماء) الشخص المعني

أدرك أنه يجوز لي إلغاء هذه الموافقة كتابياً، باستثناء الحالات التي تم فيها الكشف عن المعلومات المسموح بها بناءً على هذه الموافقة. وفي جميع الحالات، ستنتهي هذه الموافقة خلال شهر واحد (1) بعد خروجي من هذه المصحة. أدرك أيضاً أن أي كشف عن المعلومات تم بالنيابة عني من خلال هذه المصحة يخضع للمادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الذي ينطبق على سرية سجلات اضطراب تعاطي المخدرات، وكذلك قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 ("HIPAA").

(توقيع الوالد/الوصي، عند الضرورة)

(توقيع المريض)

(كتابة اسم المريض بوضوح)

(كتابة اسم المريض بوضوح)

(التاريخ)

(التاريخ)