



تفويض بالكشف عن المعلومات السرية المتعلقة  
بفيروس نقص المناعة البشري (HIV)\*

اسم عائلة المريض/المدعى عليه	الاسم الأول	الاسم الأوسط
رقم الهوية	رقم الحالة	
المصحة	الوحدة	

التعليمات: إعداد نسخة واحدة (1) من سجل حالة المريض

يُقصد بالمعلومات السرية المتعلقة بفيروس HIV أي معلومات تشير إلى أن الشخص خضع لاختبار فيروس HIV، أو أنه مصاب بفيروس HIV، أو أي مرض متعلق بفيروس HIV أو بالإيدز (AIDS)، أو أي معلومات قد تشير إلى احتمالية إصابة الشخص بفيروس HIV.

بموجب قانون ولاية نيويورك باستثناء بعض الأشخاص، يمكن الكشف عن أي معلومات سرية متعلقة بفيروس HIV إلى الأشخاص الذين تجيز لهم ذلك عند التوقيع على نموذج الكشف عن المعلومات فقط. ويمكنك طلب قائمة توضح أسماء الأشخاص الذين يمكنهم الاطلاع على المعلومات السرية المتعلقة بفيروس HIV من دون الحاجة إلى التوقيع على نموذج الكشف عن المعلومات.\*\*

في حالة التوقيع على هذا النموذج، يمكن الكشف عن المعلومات المتعلقة بفيروس HIV إلى الأشخاص الموضحة أسماؤهم في النموذج حسب السبب (الأسباب) الورد في النموذج. ولا يتعين عليك التوقيع على النموذج، ويمكنك تغيير رأيك في أي وقت.

إذا واجهت أي تمييز بسبب الكشف عن المعلومات المتعلقة بفيروس HIV، يجوز لك التواصل مع شعبة حقوق الإنسان بولاية نيويورك (New York State Division of Human Rights) من خلال الرقم 392-3644 (888)، أو مع مفوضية حقوق الإنسان بمدينة نيويورك (New York City Commission of Human Rights) من خلال الرقم 306-7450 (212). تتحمل هاتان الهيئتان مسؤولية حماية حقوقك.

اسم الشخص الذي سيفصح عن المعلومات المتعلقة بفيروس HIV، وعنوانه	اسم الشخص الذي سيطلع على المعلومات المتعلقة بفيروس HIV، وعنوانه
سبب الكشف عن المعلومات المتعلقة بفيروس HIV	
مدى المعلومات المطلوب الكشف عنها، أو طبيعتها	
مدة سريان التفويض بالكشف عن المعلومات	
من:	إلى:

تمت الإجابة عن الأسئلة التي طرحتها بشأن النموذج. وأدرك أنه لا يمكنني السماح بالكشف عن المعلومات المتعلقة بفيروس HIV، وأنه يمكنني تغيير رأيي في أي وقت وإلغاء الموافقة، باستثناء الحالات التي تم فيها اتخاذ أي إجراء بالفعل بناءً عليها.

(توقيع الوالدين/الوصي، عند الضرورة)

(توقيع المريض)

(كتابة اسم المريض بوضوح)

(كتابة اسم المريض بوضوح)

(التاريخ)

(التاريخ)

\* فيروس نقص المناعة البشري هو الفيروس الذي يؤدي إلى الإصابة بمرض الإيدز (متلازمة نقص المناعة المكتسبة).  
\*\* قد تطلب اللوائح الفيدرالية المتعلقة بسجلات مريض اضطراب تعاطي المخدرات (الجزء 2 بالمادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)) موافقتك أو تقديم أمر قضائي على الرغم من أن قانون الولاية لا يتطلب ذلك.

النموذج المعتمد من ولاية نيويورك يلبي متطلبات نموذج الموافقة المطلوبة من قانون الولاية واللوائح الفيدرالية (الجزء 2 بالمادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية)