

تم سحبها في: _____ الأحرف الأولى من أسماء فريق العمل: _____

اسم العائلة للمريض	الاسم الأول	الحرف الأول من اسمه الأوسط
رقم الحالة		
المرفق	الوحدة	

الإرشادات:

تُمنح نسخة من هذا النموذج إلى المريض! يتم إعداد نسخة واحدة (1) لسجل الحالة الخاص بالمريض. إذا كان من المقرر إرسال هذا النموذج إلى وكالة أخرى مع طلب للحصول على معلومات، فقم بإعداد نسخة إضافية لسجل حالة المريض.

موافقة المريض على الإفصاح عن معلومات التعريف الشخصية والحصول عليها

مدى طبيعة المعلومات التي من المقرر الإفصاح عنها أو الحصول عليها

جميع المعلومات اللازمة للتحقيق في أي حادثة (حوادث) مزعومة من حوادث سوء المعاملة أو الإهمال، أو غيرها من الحوادث المهمة، التي قد يرد ذكر اسمي فيها أو تكون ذات صلة بي.

غرض الإفصاح/الكشف عن المعلومات أو طبيعته واسم المؤسسات المنوط بها الإفصاح عن معلومات التعريف الشخصية والحصول عليها

- أوافق على الإفصاح عن المعلومات السرية إلى مكتب ولاية نيويورك لخدمات علاج إدمان الكحول وتعاطي المواد المخدرة (OASAS)، ومكتب خدمات الأطفال والأسرة (OCFS) وفيما بينها، بما في ذلك مكتب جلسات الاستماع الخاصة، ومركز العدالة لحماية الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة التابع لولاية نيويورك (JC)، بما في ذلك السجل المركزي للأشخاص المستضعفين (VPCR) الخاص به، وذلك لغرض التحقيق أو اتخاذ قرارات بشأن أي حادثة (حوادث) مزعومة من حوادث سوء المعاملة أو الإهمال، أو غيرها من الحوادث المهمة، التي قد يرد ذكر اسمي فيها أو تكون ذات صلة بي.
- في حالة كوني قاصرًا (أقل من 18 عامًا)، فأنا أوافق أيضًا على قيام هذا البرنامج، ومكتب ولاية نيويورك لخدمات علاج إدمان الكحول وتعاطي المواد المخدرة (OASAS)، ومكتب خدمات الأطفال والأسرة (OCFS)، ومركز العدالة لحماية الأشخاص المستضعفين (JC) بتقديم إخطار إلى والدي أو الوصي القانوني بشأن أي حادثة (حوادث) مزعومة تتعلق بإساءة المعاملة أو الإهمال، أو غيرها من الحوادث المهمة، التي قد يرد ذكر اسمي فيها أو تكون ذات صلة بي.

أنا، الموقع أدناه، قد قرأت ما ورد أعلاه وأصرح لموظفي مرفق الإفصاح الوارد اسمه بالإفصاح عن هذه المعلومات والحصول عليها على النحو المحدد هنا. أفهم أنه يجوز لي أن أسحب هذه الموافقة كتابيًا في أي وقت باستثناء الحد الذي تم فيه اتخاذ إجراء بالاعتماد عليها. تنتهي هذه الموافقة في غضون ستة (6) أشهر من توقيعها، ما لم يتم تحديد فترة زمنية مختلفة أو تحديد حدث أو شرط مختلف أدناه، وفي هذه الحالة تنطبق هذه الفترة الزمنية أو هذا الحدث أو الشرط. أفهم أيضًا أن أي إفصاح عن أي معلومات محددة للهيوية يكون مقيدًا بالجزء 2 من الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (C.F.R.)، الذي يحكم سرية سجلات المرضى الذين يتعاطون الكحول والمخدرات، بالإضافة إلى قاعدة الخصوصية في قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 (HIPAA) 45 C.F.R. §§160 & 164؛ وأنه يحظر إعادة الإفصاح عن هذه المعلومات الإضافية لطرف آخر غير المذكور أعلاه دون الحصول على إذن كتابي إضافي من جانبي.

الفترة الزمنية أو الحدث أو الفترة الممتدة للشرط المحددة أعلاه: استكمال تحقيق من جانب مركز العدالة في ادعاء بسوء المعاملة أو الإهمال، أو أي حدث مهم آخر، وفقًا للفصل 501 من قوانين 2012 وتحديد إجراء بموجب المادة 6 من قانون الخدمات الاجتماعية في نيويورك، الباب 6.

ملحوظة: أي معلومات يتم الإفصاح عنها من خلال هذا النموذج يجب أن تكون مصحوبة بنموذج حظر إعادة الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بإدمان الكحول/تعاطي المخدرات (TRS-1)

أفهم أن البرنامج بشكل عام قد لا يشترط تقديم العلاج لي استنادًا إلى توقيعي على نموذج الموافقة من عدمه، ولكن في ظروف محدودة معينة قد يتم رفض علاجي إذا لم أوقع نموذج الموافقة. لقد تلقيت نسخة من هذا النموذج استنادًا إلى توقيعي أدناه.

(توقيع الوالد/الوصي)

(توقيع المريض)

(كتابة اسم الوالد/الوصي بحروف واضحة)

(كتابة اسم المريض بحروف واضحة)

(التاريخ)

(التاريخ)