



مكتب ولاية نيويورك لخدمات ودعم الإدمان
تصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية السلوكية

اسم المريض	تاريخ الولادة	رقم تعريف المريض
عنوان المريض		

أطالب أنا، أو ممثلي المفوض، بالإفصاح عن المعلومات الصحية المتعلقة برعايتي وعلاجي كما هو موضح بهذا النموذج وتبادلها. أفهم أن:

1. قد يشمل هذا التفويض الكشف عن جميع معلوماتي الصحية، بما في ذلك، عندما تقتضي الحاجة، رقم الضمان الاجتماعي الفيدرالي الخاص بي (لأغراض مطابقة السجلات فقط)، وأي وجميع المعلومات المتعلقة بعلاج الكحول والمخدرات والمعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة/الإيدز. في حالة كون المعلومات الصحية الموصوفة أدناه تتضمن أيًا من أنواع هذه المعلومات، فأنا أصرح بصفة خاصة بالإفصاح عن مثل هذه المعلومات إلى مكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمواد المخدرة (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS).

_____ إذا قمت بالتوقيع بأحرف اسمك الأولى في هذا السطر، فيمكن أيضًا الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة/الإيدز إلى مكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمواد المخدرة (OASAS). لست بحاجة للتوقيع بأحرف اسمك الأولى على هذا السطر.

_____ إذا قمت بالتوقيع بأحرف اسمك الأولى في هذا السطر، فيمكن أيضًا الإفصاح عن المعلومات المتعلقة برقم الضمان الاجتماعي الفيدرالي الخاص بك إلى مكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمواد المخدرة (OASAS). لست بحاجة للتوقيع بأحرف اسمك الأولى على هذا السطر.

2. بمجرد الكشف عن المعلومات الصحية فقد تتم إعادة الكشف عنها من قبل المتلقي، مع وجود بعض الاستثناءات. إذا قمت بالتصريح بالإفصاح عن رقم الضمان الاجتماعي الفيدرالي الخاص بي أو معلومات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة/الإيدز أو عن العلاج من إدمان الكحوليات أو العقاقير، يُحظر على المتلقي إعادة الكشف عن مثل هذه المعلومات أو استخدام المعلومات التي تم الكشف عنها لأي غرض آخر دون تصريح مني إلا إذا كان مسموحًا بذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية. إذا تعرضت للتمييز نتيجة الكشف أو الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة/الإيدز، يمكنني الاتصال بإدارة حقوق الإنسان بولاية نيويورك (New York State Division of Human Rights) على الرقم 1-888-392-3644. هذه الوكالة مسؤولة عن حماية حقوقي.

3. لدي الحق في إلغاء هذا التصريح في أي وقت بإرسال خطاب إلى مقدم الرعاية المذكور أدناه في الفقرة 5. أدرك أنه يمكنني إلغاء هذا التفويض طالما لم يتم بالفعل اتخاذ أي إجراء بناءً عليه.

4. التوقيع على هذا التصريح أمر طوعي. أدرك أنه بشكل عام، لن يكون أي من علاجي أو دفع الرسوم أو تسجيلي في إحدى الخطط الصحية أو تأهلي للحصول على المخصصات مشروطًا بتصريحي بهذا الكشف. مع ذلك، فأنا أدرك أنه قد يتم رفض حصولي على العلاج في بعض الحالات إذا لم أقم بالتوقيع على هذه الموافقة.

5. اسم وعنوان مقدم الرعاية الصحية أو الجهة المصرح لها بالإفصاح عن هذه المعلومات:	
6. اسم وعنوان الشخص (الأشخاص) الذي سيتم الكشف لهم عن هذه المعلومات وتبادلها معهم: مكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمخدرات، Western Avenue, Albany, New York 12203 1450 أفوض الكيان المذكور أعلاه بإبلاغ مكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمواد المخدرة (OASAS) بتسجيلي في برنامج العلاج هذا حتى يتم تقييم جودة الخدمات التي أتلقيها، كما أوافق على جميع الاتصالات الضرورية بين هذا المرفق ومكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمواد المخدرة (OASAS) المرتبطة بتاريخ علاجي السابق من الكحول و/أو تعاطي المخدرات وبخدمات العلاج الحالية والمقترحة.	
7. الغرض من هذا الكشف هو الامتثال لتنفيذ مبادرة إعادة تصميم Medicaid بنيويورك والامتثال لمتطلبات الإبلاغ الفيدرالية الإلزامية. بقبول المعلومات التي تغطيها هذه الموافقة في نظام بيانات عميل مكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمواد المخدرة (OASAS)، بقر مكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمواد المخدرة (OASAS) أنه لا يجوز إعادة الكشف عن هذه المعلومات وفقًا لقانون اللوائح الفيدرالية رقم 42 CFR 2.32 - حظر إعادة الإفتاء.	
8. قد يتم الكشف عن معلوماتي الصحية لمدة ثلاث (3) سنوات من آخر تاريخ للخدمة، أو حتى إلغائها.	
9. إذا لم يكن المريض هو الذي سيوقع، اسم الشخص المتوقع على النموذج:	10. المصرح له بالتوقيع نيابة عن المريض:

لقد تم إكمال جميع فقرات هذا النموذج وتمت الإجابة عن جميع أسئلتي حول هذا النموذج وتم إعطائي نسخة من النموذج.

التاريخ

توقيع المريض أو الممثل المفوض من قبل القانون

إقرار/توقيع الشاهد: لقد شهدت على إبرام هذا التصريح وأقر أنه قد تم تقديم نسخة من التصريح الموقع للمريض و/أو ممثله المفوض.

التاريخ

التوقيع

اسم الموظف ومسماه الوظيفي

يجب أن تكون المعلومات المتعلقة بعلاج إدمان الكحوليات/المخدرات أو المعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة التي تم الإفصاح عنها من خلال هذا النموذج مصحوبة بالإفادات المطلوبة المتعلقة بحظر إعادة الكشف عن المعلومات.