

أُغيت في: \_\_\_\_\_ الأحرف الأولى من اسم الموظف: \_\_\_\_\_

ولاية نيويورك  
مكتب لخدمات الإدمان والدعم  
موافقة على الإفصاح عن المعلومات  
المتعلقة  
بمريض يتعاطى الكحول/المخدرات  
تقييم أداة تحديد مستوى الرعاية

اسم عائلة المريض	الاسم	الحرف الأول من الاسم الأوسط
رقم الحالة:		
المنشأة	الوحدة	

**التعليمات:** أعط نسخة من هذا النموذج للمريض! قم بإعداد نسخة واحدة (1) لسجل حالة المريض. إذا كان سيتم إرسال هذا النموذج إلى وكالة أخرى مرفقًا بطلب للحصول على المعلومات، فقم بإعداد نسخة إضافية لسجل حالة المريض.

### موافقة المريض على الكشف عن معلومات تحديد الهوية الشخصية والحصول عليها

مدى أو طبيعة المعلومات المطلوب الكشف عنها/الحصول عليها:

جميع المعلومات اللازمة لإكمال تقييم شخصي لمستوى الرعاية الخاص بإحالة علاج مدمن الكحول والمخدرات (Level of Care for Alcohol and Drug Treatment Referral, LOCADTR).

الغرض أو الطبيعة من الإفصاح/الكشف واسم المنظمات التي تكشف عن معلومات التعريف الشخصية والحصول عليها:

أوافق على الكشف عن المعلومات السرية لمكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمواد المخدرة (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS)، ومرفق العلاج المعتمد من مكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمواد المخدرة (OASAS) المحدد أعلاه، وخطة الدافع/الرعاية المدارة لعلاجي السريري بما في ذلك المعلومات من نظام بيانات العميل (Client Data System, CDS) لدى مكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمواد المخدرة (OASAS) ورقم الضمان الاجتماعي الخاص بي.

أفهم أنه سيتم مشاركة تقييم تحديد مستوى الرعاية معي فقط، ومع مرفق العلاج المعتمد لدى مكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمواد المخدرة، والدافع/الخطة المحددين أعلاه. ما لم أعط إذنًا كتابيًا بمشاركة المعلومات مع الوكالات أو البرامج أو الجهات الدافعة الأخرى.

أفهم أيضًا أنه يمكن تقييم معلومات التعريف غير الشخصية حتى يمكن تقييم فعالية أداة تقييم مستوى الرعاية (LOCADTR).

أنا، الموقع أدناه، قد قرأت ما ورد أعلاه وأفوض مكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمواد المخدرة (OASAS) وموظفي مرفق العلاج المعتمد من مكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمواد المخدرة (OASAS) المذكور أعلاه بالكشف عن هذه المعلومات والحصول عليه كما هو محدد هنا.

أفهم أنه يجوز لي سحب هذه الموافقة كتابيًا في أي وقت باستثناء الحالات التي أُخذت فيها إجراءات اعتمادًا عليها. تنتهي هذه الموافقة في غضون ستة (6) أشهر من تاريخ التوقيع عليها، ما لم يتم تحديد فترة زمنية أو حدث أو شرط مختلف أدناه، ففي هذه الحالة تنطبق هذه الفترة الزمنية أو الحدث أو الشرط. أفهم أيضًا أن أي إفساء لأي معلومات تعريفية يكون مقيدًا بالبواب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (Code of Federal Regulations, C.F.R.) الجزء 2، الذي يحكم سرية سجلات مرضى تعاطي الكحول والمخدرات، بالإضافة إلى قانون قابلية التأمين الصحي للنقل والمساءلة لعام 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA 45 C.F.R. §§160 &164)؛ وأن إعادة الكشف عن هذه المعلومات لطرف آخر غير الأطراف المحددة أعلاه ممنوع دون الحصول على تفويض كتابي إضافي مني.

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

وأفهم أن البرنامج بشكل عام قد لا يشترط علاجي على ما إذا كنت أوقع على نموذج الموافقة، ولكن في ظروف محددة معينة قد يتم حرمانني من العلاج إذا لم أوقع على نموذج الموافقة. لقد تلقيت نسخة من هذا النموذج.

(توقيع - الوالد/الوصي)

(توقيع المريض)

(اكتب اسم ولي الأمر/الوصي بأحرف واضحة)

(اكتب اسم المريض بأحرف واضحة)

(التاريخ)

(التاريخ)