

تصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية السلوكية وتبادلها

اسم المريض	تاريخ الولادة	رقم تعريف هوية المريض
عنوان المريض		

أطالب أنا، أو ممثلي المصرح له، بالإفصاح عن المعلومات الصحية المتعلقة برعايتي وعلاجي كما هو موضح بهذا النموذج وتبادلها. وأنا أدرك التالي:

1. قد يشمل هذا التصريح الكشف عن جميع معلوماتي الصحية، بما في ذلك، عندما تقتضي الحالة، أي وجميع المعلومات المتعلقة بالعلاج من الكحول والعقاقير، وعلاج الصحة العقلية، بما في ذلك السجلات السريرية *، والمعلومات الجينية، وتنظيم الأسرة، والمعلومات ذات الصلة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. في حال كون المعلومات الصحية الموضحة أدناه تتضمن أيًا من أنواع هذه المعلومات، فأنا أصرح بصفة خاصة بالإفصاح عن هذه المعلومات للهيئات المشار إليها في الفقرة رقم 6.

2. بمجرد الكشف عن المعلومات الصحية فقد تتم إعادة الكشف عنها من قِبل المتلقي، مع وجود بعض الاستثناءات. إذا قمت بالتصريح بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بعلاج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو العلاج من الكحول أو العقاقير، أو علاج الصحة العقلية، بما في ذلك السجلات السريرية *، و/أو المعلومات الجينية، و/أو تنظيم الأسرة، يُحظر على الهيئة المتلقي إعادة الكشف عن هذه المعلومات أو استخدام المعلومات التي تم الكشف عنها لأي غرض بخلاف الغرض المشار إليه في هذا التصريح دون إذن إضافي مني ما لم يُسمح بذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية. إذا تعرضت للتمييز نتيجة الكشف أو الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/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 التصريح باستثناء إذا تم بالفعل اتخاذ أي إجراء بناءً عليه.

4. التوقيع على هذا التصريح أمر طوعي. أدرك أن الوصول إلى الخدمات بشكل عام لن يكون مشروطًا بتصريح مني بهذا الكشف. مع ذلك، فأنا أدرك أنه قد يتم رفض علاجي في بعض الحالات إذا لم أقم بالتوقيع على هذه الموافقة.

5. اسم وعنوان مقدم الخدمة أو الهيئة التي سيتم الكشف عن هذه المعلومات وتبادلها معها:

6. اسم وعنوان الهيئات المصرح لها بالإفصاح عن المعلومات وتبادلها:

أصرح للهيئة المذكورة أعلاه بالتواصل مع مقدمي الخدمات المدرجين أدناه للوصول إلى معلوماتي الصحية الشخصية وتسهيل تنسيق أي خدمات أحتاج إليها. حتى يتم تقييم جودة الخدمات التي أتلقاها، أو أوافق أيضًا على جميع الاتصالات الضرورية بين هذه المنشأة والهيئات التالية ذات الصلة بتاريخ علاجي السابق من الكحول و/أو تعاطي المخدرات؛ وخدمات العلاج الحالية والمقترحة:

- مكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمخدرات (The New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services)؛ و
- غير ذلك: _____

7. الغرض من هذا الكشف هو السماح للهيئات المصرح لها بالتواصل مع مكتب OASAS لتسهيل عملية إعداد التقارير.

8. قد يتم الكشف عن معلوماتي الصحية وتبادلها لمدة عامين (2) من آخر تاريخ للخدمة، أو حتى إلغائها.

9. إذا لم يكن المريض هو الذي سيقوم، فاسم الشخص الموقع على النموذج: _____

10. سلطة التوقيع نيابة عن المريض: _____

لقد تم إكمال جميع فقرات هذا النموذج وتمت الإجابة عن جميع أسئلتني حول هذا النموذج وتم إعطائي نسخة منه.

التاريخ

توقيع المريض أو الممثل المصرح له من قِبل القانون

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

التاريخ

التوقيع

اسم الموظف ومسماه الوظيفي

تمت الموافقة على هذا النموذج من قِبل مكتب نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمخدرات للسماح بالإفصاح عن المعلومات الصحية. على الرغم من ذلك، فإن هذا النموذج لا يلزم مقدمي الرعاية الصحية بالإفصاح عن المعلومات الصحية.

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

*ملاحظة: يمكن الإفصاح عن المعلومات الواردة بالسجلات السريرية الخاصة بالصحة العقلية بموجب هذا التصريح للأطراف المحددة هنا الذين لديهم حاجة قابلة للإثبات للاطلاع على المعلومات، شريطة ألا يكون من المتوقع بشكل معقول أن يسبب هذا الكشف ضررًا للمريض أو لشخص آخر.