



تصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية

عنوان المرسل

1. أطلب من _____ ملء هذا النموذج نيابة عني. _____
(اسم الشخص الذي يملأ النموذج) (توقيع المريض/الممثل الشخصي)

2. أصرح أنا _____ لوزارة الصحة العامة (DPH) بالسماح لـ _____ بمرافقتي في موعد زيارتي بتاريخ _____ ، وأنا على دراية بأنه قد تُناقش معلومات صحية محمية خلال هذا الموعد.

3. أصرح أنا _____ لـ _____ بالإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية التالية من السجلات الطبية الخاصة بـ _____
اسم المريض تاريخ الميلاد

الأحرف الأولى من اسم المريض لكل ما ينطبق. (يُتضمن تحديد "الكل" تحت بند نوع الخدمة نتائج الاختبارات المعملية لنوع الخدمة هذا.)

نوع الخدمة	الأحرف الأولى من الاسم	الكل	تحديد	نوع الخدمة	الأحرف الأولى من الاسم	الكل	تحديد
تعاطي الكحول/المواد المخدرة الأخرى				الصحة العقلية			
برنامج الأطفال والشباب ذوي احتياجات الرعاية الصحية الخاصة (CYSHCN)				زيارة منزلية لحديثي الولادة			
تنظيم الأسرة				برنامج الشراكة بين الأسر والمرضات			
فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز				الأمراض المنقولة جنسياً (STD)			
الصحة المنزلية				السل (TB)			
التطعيمات				برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)			
الاختبارات المعملية/التشخيصية				أخرى			

لا أريد الإفصاح عن المعلومات التالية:

_____ / _____. (التوقيع بالأحرف الأولى من اسم المريض)

4. غرض الإفصاح عن المعلومات: (يُرجى تحديد خيار واحد والتوقيع بالأحرف الأولى من اسم المريض) استكمال العلاج؛ أو الحصول على نسخة شخصية؛ أو إجراء قانوني؛ أو أخرى (يُرجى ذكر غرض الإفصاح والتوقيع بالأحرف الأولى من الاسم) _____
5. يظل هذا التصريح ساريًا حتى: (يُرجى تحديد خيار واحد والتوقيع بالأحرف الأولى من اسم المريض) بعد عام من اليوم؛ أو حتى انتهاء العلاج في البرنامج؛ أو أخرى (يُرجى من المريض ذكر تاريخ أو حدث محدد والتوقيع بالأحرف الأولى من اسمه) _____
أدرك أنه يمكن التعامل مع نسخة صادرة من هذا التصريح على أنها نسخة أصلية.

6. يمكنكم الإفصاح عن معلوماتي الصحية المحمية إلى الشخص أو الجهة المذكورة في رقم 3 أعلاه بالطرق التالية:

- (a) عن طريق _____ الفاكس (يُرجى التوقيع هنا بالأحرف الأولى من اسم المريض) رقم الفاكس _____
(b) عن طريق البريد الإلكتروني _____ (يُرجى التوقيع هنا بالأحرف الأولى من اسم المريض) عنوان البريد الإلكتروني _____
(c) عن طريق البريد _____ (يُرجى التوقيع هنا بالأحرف الأولى من اسم المريض) العنوان البريدي _____
أدرك أنه لا يمكن ضمان الحفاظ على سرية معلوماتي عند إرسالها بوحدة من هذه الطرق.

7. توقيع المريض أو الممثل الشخصي _____ التاريخ _____
الشاهد - فقط إذا لم يتمكن المريض من التوقيع أو _____ التاريخ _____
التأشير بعلامة "X"

(اسم المريض بحروف واضحة) _____ علاقة الممثل الشخصي بالمريض (إذا وقع الممثل الشخصي)

أدرك أنه يحق لي طلب الإطلاع على المعلومات الخاصة بي أو الحصول على نسخة منها قبل الإفصاح عنها. أدرك أن المعلومات التي أفصح عنها بناءً على طلبي قد يعيد الشخص الذي تلقاها الإفصاح عنها وقد لا تكون محمية بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي. أدرك أن وزارة الصحة العامة لا يجوز لها فرض شروط على العلاج أو التسجيل أو الأهلية للاستفادة من المزايا إذا رفضت التوقيع على هذا التصريح؛ ومع ذلك، أدرك أنني قد لا أكون مستحقاً للاستفادة من الخدمات المقدمة من بعض البرامج إذا رفضت السماح بالإفصاح عن المعلومات اللازمة للعلاج أو سداد مبالغ أو التسجيل أو الأهلية للاستفادة من المزايا.

قُدمت نسخة من هذا النموذج للمريض □ أو رفض المريض تلقي نسخة □ أو أرسلت نسخة إلى المريض عبر البريد □

8. إلغاء هذا التصريح: أدرك أنه يجوز لي إلغاء هذا التصريح في أي وقت عن طريق التوقيع أثناءه، باستثناء الحالات التي جرى فيها الإفصاح عن المعلومات بالفعل بناءً على هذا التصريح أو للاستفادة من مزايا التأمين.

_____ (المريض/الممثل المفوض) التاريخ: _____

_____ (الشاهد: يُطلب توقيع الشاهد إذا لم يتمكن المريض من التوقيع أو التأشير بعلامة "X" التاريخ: _____)

(يمكن استخدام الملصق الخاص بالمريض هنا) اسم المريض: _____
تاريخ الميلاد: _____

الجهة التي يُفصح لها عن المعلومات:

المعلومات المُفصح عنها/التوقيع/التاريخ:

1.	الاسم: _____ العنوان: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي _____ أخرى: _____	1.	_____
2.	الاسم: _____ العنوان: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي _____ أخرى: _____	2.	_____
3.	الاسم: _____ العنوان: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي _____ أخرى: _____	3.	_____
4.	الاسم: _____ العنوان: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي _____ أخرى: _____	4.	_____
5.	الاسم: _____ العنوان: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي _____ أخرى: _____	5.	_____
6.	الاسم: _____ العنوان: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي _____ أخرى: _____	6.	_____
7.	الاسم: _____ العنوان: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي _____ أخرى: _____	7.	_____
8.	الاسم: _____ العنوان: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي _____ أخرى: _____	8.	_____
9.	الاسم: _____ العنوان: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي _____ أخرى: _____	9.	_____
10.	الاسم: _____ العنوان: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي _____ أخرى: _____	10.	_____

رقم السجل الصحي للمريض: _____
اسم المريض: _____
تاريخ الميلاد: _____

(يمكن استخدام الملصق الخاص بالمريض هنا)

تعليمات خاصة بملء تصريح الإفصاح عن المعلومات الصحية 1623-ARA-DPH

الغرض: يُستخدم هذا النموذج للحصول على تصريح من المريض أو ولي الأمر أو الوصي القانوني للإفصاح عن المعلومات الصحية من جهة إلى أخرى. (من وزارة الصحة العامة إلى جهة أخرى أو من جهة أخرى إلى وزارة الصحة العامة). يمكن لجهة أخرى أن تطلب منا استخدام نموذج التصريح الخاص بهم للإفصاح عن المعلومات المدرجة في سجلاتهم الخاصة.

ملحوظة: يُفصح عن المعلومات الثانوية (المعلومات التي لم توفرها وزارة الصحة العامة والمدرجة في سجلاتنا) إذا طلب منا المريض الإفصاح عنها أو إذا كانت ضرورية لمواصلة رعاية المريض. إذا أُشِر على المعلومات الثانوية بعلامة "ليست مخصصة لإعادة الإفصاح"، فيتعين الإفصاح عنها من الجهة التي وفرتها، وليس من وزارة الصحة العامة.

تعليمات عنصر تلو الآخر:

1. إذا طلب المريض المساعدة في ملء هذا النموذج، يُرجى ذكر اسم الشخص الذي يقدم المساعدة، مع توقيع المريض هنا.
2. أ) اذكر اسم المريض الذي يطلب المرافقة في أثناء زيارة وزارة الصحة العامة.
ب) اذكر اسم الفرد المرافق للمريض.
ج) اذكر تاريخ الزيارة. إذا كان هذا هو كل ما يطلبه المريض، فانقل إلى الرقم 7.
3. أ) اذكر اسم الشخص المصرح بالإفصاح عن المعلومات الصحية. (المريض أو ولي الأمر أو الوصي القانوني)
ب) اذكر الجهة المفصحة عن المعلومات (إذا كانت وزارة الصحة العامة هي الجهة المفصحة عن المعلومات، اذكر اسم وزارة الصحة العامة. إذا كانت جهة أخرى تستخدم هذا النموذج للإفصاح عن المعلومات المدرجة في سجلاتهم إلى وزارة الصحة العامة، فيجب ذكر اسم هذه الجهة هنا).
ج) اذكر اسم المريض الذي يجري الإفصاح عن معلوماته الصحية. إذا كان هذا هو نفس الاسم المذكور في 13) أعلاه، يمكن كتابة "أنا شخصياً" بدلاً من إعادة ذكر الاسم.
د) اذكر الجهة التي يُفصح لها عن المعلومات (إذا كانت وزارة الصحة العامة هي الجهة المفصحة عن المعلومات، اذكر اسم الجهة التي تفصح لها وزارة الصحة العامة عن المعلومات. إذا كانت جهة أخرى تستخدم هذا النموذج للإفصاح عن معلومات صحية مدرجة في سجلاتهم الخاصة إلى وزارة الصحة العامة، اذكر اسم وزارة الصحة العامة).
هـ) يوقع المريض بالأحرف الأولى من اسمه في المربع المجاور للسجلات التي يُفصح عنها. يتضمن تحديد "الكل" للسجلات الخاصة ببرنامج ما الاختبارات الخاصة بهذا البرنامج. إذا كان لن يجري الإفصاح إلا عن جزء من السجلات الخاصة ببرنامج ما، يُرجى إدراج أقسام السجل المراد الإفصاح عنها وتوقيع المريض بالأحرف الأولى من اسمه. **لا يجوز الإفصاح عن سجلات تنظيم الأسرة الخاصة بالقاصرين دون الحصول على تصريح من القاصر، ما لم يصدر أمر قضائي ملزم من المحكمة.** لا يجوز الإفصاح عن معلومات فيروس نقص المناعة البشرية أو الأمراض المنقولة جنسياً دون توقيع المريض بالأحرف الأولى من اسمه في بند هذا البرنامج وتحديد "الكل" للسجلات أو ذكر تفاصيل تحت خانة "تحديد".
إذا كان هذا الإفصاح يُستخدم لإرسال معلومات صحية إلى أكثر من جهة واحدة (عندما يكون ذلك مسموحاً)، اكتب "انظر الجانب الخلفي من هذا النموذج # 1-X". (على سبيل المثال، إذا كان يجري إرسال المعلومات بالبريد إلى 3 جهات مختلفة، اكتب "انظر الجانب الخلفي من هذا النموذج # 1-3"). **يجب أن تكون المعلومات التي يجري الإفصاح عنها والغرض من الإفصاح هو نفسه لكل جهة أو يجب ملء تصريح منفصلة لكل من هذه الجهات على حدة.**
و) إذا كان المريض لا يريد الإفصاح عن معلومات معينة، فيمكنه/يمكنها تحديد ذلك هنا والتوقيع بالأحرف الأولى من اسمه/اسمها.
ز) إذا كان التصريح يطلب الإفصاح عن "مذكرات العلاج النفسي"، فلا يجوز جمعها مع أي تصريح آخر للإفصاح عن المعلومات الصحية. (يجب أن تكون تصريحات الإفصاح عن مذكرات العلاج النفسي منفصلة عن جميع التصاريح الأخرى).
4. الغرض من الإفصاح عن المعلومات - يجب على المريض التوقيع بالأحرف الأولى من اسمه على الغرض من الإفصاح عن المعلومات. (لغرض استكمال العلاج أو للفوترة أو للحصول على نسخة شخصية، وما إلى ذلك). اذكر غرضاً واحداً فقط لكل نموذج.
5. يظل التصريح ساريًا حتى - اذكر تاريخاً محدداً أو حدثاً محدداً يريد المريض فيه إنهاء صلاحية التصريح. (من الأمثلة على الحدث "انتهاء العلاج في البرنامج"). إذا حُدد تاريخ ما، يجب ألا يتجاوز هذا التاريخ سنة واحدة. إذا ذكر حدث ما، يجوز أن يتجاوز هذا الحدث سنة واحدة.
6. الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية.
أ) يجب على المريض التوقيع هنا بالأحرف الأولى من اسمه للسماح لوزارة الصحة العامة بإرسال معلوماته الصحية المحمية عبر الفاكس إلى الجهة المسماة في هذا النموذج. اذكر رقم الفاكس، إذا كان معروفاً.
ب) يجب على المريض التوقيع هنا بالأحرف الأولى من اسمه للسماح لوزارة الصحة العامة باستخدام مراسلات البريد الإلكتروني. اذكر عنوان البريد الإلكتروني، إذا كان معروفاً.
ج) يجب على المريض التوقيع هنا بالأحرف الأولى من اسمه للسماح لوزارة الصحة العامة بإرسال معلوماته الصحية المحمية عبر البريد إلى الجهة المسماة في هذا النموذج. اذكر العنوان البريدي.
7. التوقيع/التاريخ: يجب على المريض أو الوصي القانوني أو الممثل الشخصي التوقيع هنا وذكر تاريخ ملء النموذج. الشاهد/التاريخ: يوقع الشاهد ويؤرخ هنا فقط إذا لم يتمكن المريض من التوقيع أو التأشير بعلامة "X".
الاسم بحروف واضحة: يكت ب اسم المريض أو الممثل الشخصي الذي يوقع على هذا النموذج بحروف واضحة.
علاقة الممثل الشخصي بالمريض: إذا وقع شخص آخر بخلاف المريض على النموذج، يجب ذكر علاقة هذا الشخص بالمريض.
تقدم للمريض نسخة من النموذج المملوء رقم 1623-ARA-DPH. إذا قد مت نسخة للمريض، على موظف وزارة الصحة العامة وضع علامة تثبت تقديم النسخة. إذا رفض المريض تلقي النسخة، على موظف وزارة الصحة العامة وضع علامة تثبت رفض تلقي النسخة. إذا طلب المريض إرسال نسخة له/لها عبر البريد، على موظف وزارة الصحة العامة وضع علامة تثبت إرسال نسخة عبر البريد، ومن ثم يرسل نسخة إلى المريض.

ينص قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA) على أن نتيح للمريض فرصة طلب فحص معلوماته/معلوماتها الصحية المحمية أو الحصول على نسخة منها قبل الإفصاح عنها. كما ينص قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة على أن نحيط المريض علمًا أنه بمجرد أن نفصح عن المعلومات لجهة أخرى، فقد تعيد هذه الجهة المتلقية الإفصاح عن المعلومات وقد لا تكون هذه المعلومات محمية بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي. (قد لا تكون الجهة المتلقية للمعلومات "مشمولة" بقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة، وبناءً عليه، لا تكون مشمولة بقوانين الخصوصية التابعة لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة.)

علاوةً على ذلك، ينص قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة على أن نحيط المريض علمًا بأنه إذا رفض التوقيع على تصريح الإفصاح عن المعلومات، فلا يمكننا رفض تقديم العلاج أو التسجيل أو حصول المريض على أهلية الاستفادة من الخدمات؛ وهذا لن يمنعنا من توفير العلاج للمريض ولا من تحصيل مدفوعات مقابل الخدمات المقدمة. يُذكر اسم الجهة المفصحة عن السجلات في الفراغ الأول. تتطلب منا بعض البرامج التابعة لوزارة الصحة العامة الإفصاح عن المعلومات اللازمة لتلقي العلاج أو سداد مدفوعات أو التسجيل أو الأهلية للاستفادة من المزايا قبل تسجيل المريض في البرنامج. في مثل هذه الحالات، يُذكر اسم البرنامج هنا.

8. إلغاء هذا التصريح - إذا كان المريض يرغب في إلغاء هذا التصريح، فيمكنه/يمكنها فعل ذلك في أي وقت عن طريق التوقيع على **التصريح الأصلي** وتاريخه هنا. يُلغى التصريح في تاريخ توقيع المريض عليه. يُطلب توقيع الشاهد فقط إذا لم يتمكن المريض من التوقيع أو التأشير بعلامة "X". يُذكر هنا تاريخ توقيع الشاهد.

9. يُذكر رقم السجل الصحي للمريض واسمه وتاريخ ميلاده في أسفل الزاوية اليمنى. يمكن استخدام الملصق الخاص بالمريض بدلاً من ذلك، إذا كان ذلك مفضلاً.

الصفحة الثانية من النموذج:

1. في الخانة الأولى، يُذكر الاسم/العنوان/المدينة/الولاية/الرمز البريدي الذي سترسل المعلومات إليه بالبريد. إذا دعت الحاجة إلى معلومات إضافية، تُذكر هذه المعلومات بجانب "أخرى". إذا كان الإفصاح عن المعلومات لجهة واحدة وذكرت المعلومات في الصفحة الأولى، يمكن لموظف وزارة الصحة العامة الإشارة إلى تلك المعلومات بدلاً من إعادة ذكرها.

2. في الخانة الثانية، تُذكر المعلومات التي أفصح عنها، مع توقيع الشخص الذي أفصح عن المعلومات، وتاريخ الإفصاح عن المعلومات

مكتب الشؤون التقنية والإيداع:

يجب تقديم هذا النموذج في السجل الصحي الشامل وفقاً لتنسيق السجل الصحي لدليل السياسات المتعلقة بالسجلات الصحية. يُطبق جدول الاحتفاظ بالسجلات الصحية الشاملة.

إذا كانت هناك أسئلة حول كيفية ملء هذا النموذج أو استخدامه، فيرجى الاتصال بمسؤول الخصوصية بوزارة الصحة العامة أو المكتب القانوني بوزارة الصحة العامة.