

تصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية



SOUTH CAROLINA
DEPARTMENT OF
PUBLIC HEALTH

عنوان المرسل

1. أطلب من _____ ملء هذا النموذج نيابةً عنِي.
(توقيع المريض/الممثل الشخصي)

2. أصرح أنا _____ لوزارة الصحة العامة (DPH) بالسماح لـ _____ بمرافقتي في موعد زيارتي بتاريخ _____، وأنا على دراية بأنه قد تناقش 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. (يتضمن تحديد "الكل" تحت بند نوع الخدمة نتائج الاختبارات المعملية لنوع الخدمة هذا).

| نوع الخدمة | الحرف الأولي من الاسم | الكل | تحديد | نوع الخدمة | الحرف الأولي من الاسم | الكل | تحديد |
|--|-----------------------|------|-------|-------------------------------------|-----------------------|------|-------|
| تعاطي الكحول/المواد المخدرة الأخرى | | | | الصحة العقلية | | | |
| برنامج الأطفال والشباب نمو احتياجات | | | | زيارة منزلية لحديثي الولادة | | | |
| الرعاية الصحية الخاصة (CYSHCN) | | | | برنامج الشراكة بين الأسر | | | |
| تنظيم الأسرة | | | | والممرضات | | | |
| فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز | | | | الأمراض المنقولية 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: (يرجى تحديد خيار واحد والتوفيق بالأحرف الأولى من اسم المريض) _____ استكمال العلاج؛ أو _____ الحصول على _____ نسخة شخصية؛ أو _____ إجراء قانوني؛ أو آخر (يرجى ذكر غرض الإفصاح والتوفيق بالأحرف الأولى من الاسم)

5. يطلب هذا التصريح سارياً حتى: (يرجى تحديد خيار واحد والتوفيق بالأحرف الأولى من اسم المريض) _____ بعد عام من اليوم؛ أو _____ حتى انتهاء العلاج في البرنامج؛ أو آخر (يرجى من المريض ذكر تاريخ أو حدث محدد والتوفيق بالأحرف الأولى من اسمه) _____ أدرك أنه يمكن التعامل مع نسخة صادرة من هذا التصريح على أنها نسخة أصلية.

6. يمكن الإفصاح عن معلوماتي الصحية المحمية إلى الشخص أو الجهة المذكورة في رقم 3 أعلاه بالطرق التالية:
(a) عن طريق _____ الفاكس (يرجى التوقيع هنا بالأحرف الأولى من اسم المريض) رقم الفاكس _____
(b) عن طريق البريد الإلكتروني (يرجى التوقيع هنا بالأحرف الأولى من اسم المريض) عنوان البريد الإلكتروني _____
(c) عن طريق البريد _____ (يرجى التوقيع هنا بالأحرف الأولى من اسم المريض) العنوان البريدي _____
أدرك أنه لا يمكن ضمان الحفاظ على سرية معلوماتي عند إرسالها بوابة من هذه الطرق.

7. توقيع المريض أو الممثل الشخصي _____
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 أوضح عنها بناءً على طلبي قد يهدى 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 مستحثاً للاستفادة من الخدمات المقدمة من بعض البرامج إذا رفضت السماح بالإفصاح عن المعلومات الالزامية للعلاج أو سداد مبالغ أو التسجيل أو الأهلية للاستفادة من المزايا.

قدمت 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 أدناه، باستثناء الحالات التي جرى فيها الإفصاح عن المعلومات بالفعل بناءً على هذا التصريح أو للاستفادة من مزايا التأمين.

(المريض/الممثل المفوض) التاريخ: _____

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

اسم المريض: _____
تاريخ الميلاد: _____

(يمكن استخدام الملصق الخاص بالمريض هنا)

المعلومات المفصح عنها/التوقيع/التاريخ:

الجهة التي يفصح لها عن المعلومات:

.1

.1

الاسم: _____
العنوان: _____
المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____
أخرى: _____

.2

.2

الاسم: _____
العنوان: _____
المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____
أخرى: _____

.3

.3

الاسم: _____
العنوان: _____
المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____
أخرى: _____

.4

.4

الاسم: _____
العنوان: _____
المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____
أخرى: _____

.5

.5

الاسم: _____
العنوان: _____
المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____
أخرى: _____

.6

.6

الاسم: _____
العنوان: _____
المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____
أخرى: _____

.7

.7

الاسم: _____
العنوان: _____
المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____
أخرى: _____

.8

.8

الاسم: _____
العنوان: _____
المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____
أخرى: _____

.9

.9

الاسم: _____
العنوان: _____
المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____
أخرى: _____

.10

.10

الاسم: _____
العنوان: _____
المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____
أخرى: _____

رقم السجل الصحي للمريض:

(يمكن استخدام الملصق الخاص بالمريض هنا)

اسم المريض:
تاريخ الميلاد:

تعليمات خاصة بملء تصريح الإفصاح عن المعلومات الصحية

1623-ARA-DPH

الغرض: يُستخدم هذا النموذج للحصول على تصريح من المريض أو ولد 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 تتوفر لها وزارة الصحة العامة والمدرجة في سجلاتنا) إذا طلب منا المريض الإفصاح عنها أو إذا كانت ضرورية لمواصلة رعاية المريض. إذا أشر على المعلومات الثانوية بعلامة "ليست مخصصة لإعادة الإفصاح"، فيتعين الإفصاح عنها من الجهة التي وفتها، 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.
 - 1) اذكر اسم المريض الذي يطلب المرافقة في أثناء زيارة وزارة الصحة العامة.
 - 2) اذكر اسم الفرد المرافق للمريض.
 - 3) اذكر تاريخ الزيارة. إذا كان هذا هو كل ما يطلبه المريض، فانتقل إلى الرقم 7.
2. اذكر اسم المريض المفصح عنها عن المعلومات الصحية. (المريض أو ولد الأمر أو الوصي القانوني)
 - 1) اذكر الجهة المفصح عنها عن المعلومات الصحية. إذا كانت وزارة الصحة العامة هي الجهة المفصح عنها 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.
 - 2) اذكر اسم المريض الذي يجري الإفصاح عن معلوماته الصحية. إذا كان هذا هو نفس الاسم المذكور في (أعلاه)، يمكن كتابة "أنا شخصياً" بدلاً من إعادة ذكر الاسم.
 - 3) اذكر الجهة التي يُفصح لها عن المعلومات. إذا كانت وزارة الصحة العامة هي المفصح عن المعلومات، اذكر اسم الجهة التي تتصفح 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.
 - 4) يوقع المريض بالأحرف الأولى من اسمه في المربع المجاور للسجلات التي يُفصح عنها. يتضمن تحديد "الكل" للسجلات الخاصة ببند برنامج ما الاختبارات الخاصة بهذا البرنامج. إذا كان لن يجري الإفصاح إلا عن جزء من السجلات الخاصة بيند برنامج ما، يُرجى إدراج أقسام السجل المراد الإفصاح عنها وتوقيع المريض بالأحرف الأولى من اسمه. **لا يجوز الإفصاح عن سجلات تنظم الأسرة الخاصة بالقاصرين دون الحصول على تصريح من القاصر، مالم يصدر أمر قضائي ملزم من المحكمة.** لا يجوز الإفصاح عن معلومات فرديّة نقص المانعة البشرية أو الأمراض المنقولية جنسياً دون توقيع المريض بالأحرف الأولى من اسمه في بند هذا البرنامج وتحديد "الكل" للسجلات أو ذكر تفاصيل تحت خانة "تحديد".
 - 5) إذا كان هذا الإفصاح يستخدم لإرسال معلومات صحية إلى أكثر من جهة واحدة (عندما يكون ذلك مسموحاً)، اكتب "انظر الجانب الخفي من هذا النموذج #1-X". (على سبيل المثال، إذا كان يجري إرسال المعلومات بالبريد إلى 3 جهات مختلفة، اكتب "انظر الجانب الخفي من هذا النموذج #1-3#"). **يجب أن تكون المعلومات التي يجري الإفصاح عنها والغرض من الإفصاح هو نفسه لكل جهة أو يجب ملء تصاريح منفصلة لكل من هذه الجهات على حدة.**
 - 6) إذا كان المريض لا يزيد الإفصاح عن معلومات معينة، فيمكنه/يمكنها تحديد ذلك هنا والتوفيق بالأحرف الأولى من اسمه/اسمها.
 - 7) إذا كان التصريح يطلب الإفصاح عن "مذكرات العلاج النفسي" فلا يجوز جمعها مع أي تصريح آخر للإفصاح عن المعلومات الصحية. (يجب أن تكون تصاريح الإفصاح عن مذكرات العلاج النفسي منفصلة عن جميع التصاريح الأخرى).
3. 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.
4. يطلب التصريح سارياً حتى - اذكر تاريخاً محدداً أو حدثاً محدداً ي يريد المريض فيه إنهاء صلاحية التصريح. (من الأمثلة على الحدث "انتهاء العلاج في البرنامج"). إذا حدث تاريخ ما، يجب ألا يتجاوز هذا التاريخ سنة واحدة. إذا ذكر حدث ما، يجوز أن يتجاوز هذا الحدث سنة واحدة.
5. الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية.
 - 1) يجب على المريض التوقيع هنا بالأحرف الأولى من اسمه للسماح لوزارة الصحة العامة بارسال معلوماته الصحية المحمية عبر الفاكس إلى الجهة المسماة في هذا النموذج. اذكر رقم الفاكس، إذا كان معروفاً.
 - 2) يجب على المريض التوقيع هنا بالأحرف الأولى من اسمه للسماح لوزارة الصحة العامة باستخدام مراسلات البريد الإلكتروني. اذكر عنوان البريد الإلكتروني، إذا كان معروفاً.
 - 3) يجب على المريض التوقيع هنا بالأحرف الأولى من اسمه للسماح لوزارة الصحة العامة بارسال معلوماته الصحية المحمية عبر البريد إلى الجهة المسماة في هذا النموذج. اذكر العنوان البريدي.
6. التوقيع/التاريخ: يجب على المريض أو الوصي القانوني أو الممثل الشخصي التوقيع هنا ونذكر تاريخ ملء النموذج.
الشاهد/التاريخ: يوقع الشاهد ويؤرخ هنا **فقط** إذا لم يتمكن المريض من التوقيع أو التأشير بعلامة "X".
الاسم بحروف واضحة: يكتب اسم المريض أو الممثل الشخصي الذي يوقع على هذا النموذج بحروف واضحة.
علاقة الممثل الشخصي بالمريض: إذا وقّع شخص آخر بخلاف المريض على النموذج، يجب ذكر علاقته هذا الشخص بالمريض.
نُثّم للمريض نسخة من النموذج المملوء رقم 1623-ARA-DPH. إذا قدّمت 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 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 تنتي 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 ننصح عن المعلومات لأجهزة أخرى، فقد تعيid هذه الجهة المتنافية بالإفصاح عن المعلومات وقد لا تكون هذه المعلومات محمية بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي. (قد لا تكون الجهة المتنافية 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 الحصول على أهلية الاستفادة من الخدمات؛ وهذا لن يمنعنا من توفير العلاج للمرضى ولا من تحصيل مدفوعات مقابل الخدمات المقدمة. يذكر 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، يذكر 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. يلغى التصريح في تاريخ توقيع المريض عليه. يطلب توقيع الشاهد فقط إذا لم يتمكن المريض من التوقيع أو التأشير بعلامة "X". يذكر هنا تاريخ توقيع الشاهد.

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

الصفحة الثانية من النموذج:

في الخانة الأولى، يذكر الاسم/العنوان/المدينة/الولاية/الرمز البريدي الذي سُرسل المعلومات إليه بالبريد. إذا دعت الحاجة إلى معلومات إضافية، تذكر 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، تذكر المعلومات التي أُفصح عنها، مع توقيع الشخص الذي أُفصح عن المعلومات، وتاريخ الإفصاح عن المعلومات.

مكتب الشؤون التقنية والإبداع:
يجب تقديم هذا النموذج في السجل الصحي الشامل وفقاً لتنسيق السجل الصحي لدليل السياسات المتعلقة بالسجلات الصحية. يطبق 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.