

## تفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية بموجب القانون

الاسم: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_

(يُرجى الكتابة)

**أفوض إلى Integral Care الإفصاح عن معلوماتي الصحية المحمية بموجب القانون (PHI) ومشاركتها مع:**

اسم الهيئة/ الشخص:

\_\_\_\_\_

العنوان:

\_\_\_\_\_

رقم الهاتف:

\_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني:

\_\_\_\_\_

**المعلومات المقرر الإفصاح عنها: يُرجى وضع علامة على جميع الخيارات التي تنطبق عليك**

- |                                             |                                                                 |                                                                            |                                                          |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> التقييمات النفسية  | <input type="checkbox"/> قائمة الأدوية                          | <input type="checkbox"/> تحديد الإعاقة العقلية (DID)                       | <input type="checkbox"/> المعلومات المقدمة أثناء مواعيدي |
| <input type="checkbox"/> خطة العلاج         | <input type="checkbox"/> مراجعة التشخيص                         | <input type="checkbox"/> إشعارات تطور الحالة الصادرة عن الطبيب المعالج     | <input type="checkbox"/> أخرى: _____                     |
| <input type="checkbox"/> تقييم الأزمة       | <input type="checkbox"/> إشعارات تطور الحالة الصادرة عن الممرضة | <input type="checkbox"/> إشعارات تطور الحالة الصادرة عن الأخصائي الاجتماعي |                                                          |
| <input type="checkbox"/> التقييمات السريرية | <input type="checkbox"/> نتائج تحاليل البول/ التحاليل المختبرية | <input type="checkbox"/> البيانات الديموغرافية                             |                                                          |
| <input type="checkbox"/> سجلات الفواتير     | <input type="checkbox"/> تواريخ الدخول والخروج                  |                                                                            |                                                          |

أعي أن هذا التفويض يمتد ليشمل جميع المعلومات المبينة في سجلاتي عن أي من حالات الأمراض العقلية أو الإعاقات المعرفية/ الإنمائية، أو الاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان، والأمراض المعدية مثل فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز (HIV/AIDS) والمعلومات الوراثية، ما لم يجر تحديد واحد أو أكثر من الخيارات التالية:

لا أفوض بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بما يلي:  الاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان  المعلومات الوراثية  الأمراض المعدية بما في ذلك فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز (HIV/AIDS)

**يجب أن تغطي المعلومات المسموح بالإفصاح عنها الفترة من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_**  
في حال عدم تحديد أي فترة زمنية، فإن المعلومات المفصح عنها تُغطي جميع المعلومات التي تسبق تاريخ انتهاء استمارة الإفصاح.

يتمثل الغرض من هذا الإفصاح فيما يلي:

- |                                                    |                                                                   |                                         |                                      |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> استمرار خدمات الرعاية     | <input type="checkbox"/> المزايا الممنوحة في حالات العجز والإعاقة | <input type="checkbox"/> بناءً على طلبي | <input type="checkbox"/> أخرى: _____ |
| <input type="checkbox"/> الشروط والأحكام القانونية | <input type="checkbox"/> المدرسة                                  | <input type="checkbox"/> التأمين        |                                      |

أعي أن هذا التفويض طوعي، ويجوز لي الامتناع عن توقيعه. كما أعي أن خدمات الرعاية الصحية المقدمة لي ومخصصات خدمات الرعاية الصحية المقدمة لي لن تتأثر إذا لم أوقع على النموذج. أعي أنه يمكنني الاطلاع على المعلومات الصحية المحمية بموجب القانون والمقرر الإفصاح عنها. إذا كانت تلك المعلومات من أجلي، فيمكنني أن أطلب أن تُرسل لي عبر أي من الوسائل الإلكترونية. أعي أنه يجوز الإفصاح عن معلومات الخدمات الصحية المحمية بموجب القانون عبر الوسائل الإلكترونية. يمتد هذا التصريح ليشمل المعلومات المفصح عنها في صيغة شفوية أو ورقية أو إلكترونية.

يمكن إلغاء هذا التفويض في أي وقت وذلك بتوجيه طلب خطي إلى Integral Care إلا أن الإلغاء لن يُعتد به بخصوص أي من حالات الإفصاح التي جرت بالفعل قبل تلقي إشعار الإلغاء. قد تخضع المعلومات الصحية المفصح عنها المحمية بموجب القانون لإعادة الإفصاح من قبل مُتلقي تلك المعلومات، وقد لا تصبح محمية بموجب قوانين الولاية أو قوانين الخصوصية الفيدرالية. لا يمكن ل- Integral Care أن تتحكم في الطريقة التي سوف يجري بها استخدام المعلومات الصحية المحمية من قبل الهيئة/ الشخص الذي يتلقاها بموجب هذا التفويض.

ما لم يجر إلغاء هذا التفويض أو يُنص على خلاف ذلك، تنتهي صلاحية التفويض المائل بعد عام واحد من تاريخ التوقيع عليه.  
تاريخ انتهاء الصلاحية الآخر المُحدد: \_\_\_\_\_

توقيع العميل: _____	تاريخ: _____
توقيع الوصي القانوني/ ولي الأمر: _____	تاريخ: _____
الاسم المكتوب: _____	العلاقة: _____

**بيان الإفصاح:** يجوز الإفصاح عن هذه المعلومات إليك بموجب السجلات المحمية وفقاً لأحكام الخصوصية الفيدرالية بموجب القاعدة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية، الجزء الثاني). بموجب الأحكام الفيدرالية فإنه لا يجوز لك القيام بأي عمليات إفصاح إضافية لتلك المعلومات ما لم يُسمح بعملية الإفصاح الإضافية تلك صراحةً بموجب موافقة خطية من الشخص الذي تعود ملكية تلك المعلومات إليه أو ما لم يجر التصريح بخلاف ذلك وفقاً لأحكام القاعدة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية، الجزء الثاني). إن التفويض العام للإفصاح عن المعلومات الصحية أو غيرها من المعلومات غير كافٍ لهذا الغرض. تقصر القواعد الفيدرالية استخدام المعلومات لأغراض التحقيقات الجنائية أو لأغراض التحقيق في أي من حالات مرضى تعاطي المشروبات الكحولية وتعاطي المخدرات.

يُرجى تقديم طلب للسجلات الطبية إلى:

إدارة السجلات الطبية في Integral Care

P.O. Box 3548

Austin, Texas 78764-3548

(512) 440-4075

(FAX)(512) 445-7726

تاريخ المراجعة: 29 يونيو، 2017