

تصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون المحاسبة والمسؤولية الخاص بالتأمين الصحي (HIPAA)

اسم المريض(ة)	تاريخ الميلاد	رقم تعريف المريض(ة)
عنوان المريض(ة)		

أنا أو ممثلي القانوني، أطلب الإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة برعايتي وعلاجي كما هو موضح في هذه الاستمارة: وفقاً لقانون ولاية نيويورك وقاعدة الخصوصية لقانون المحاسبة والمسؤولية الخاص بالتأمين الصحي لعام 1996 (HIPAA)، وأدرك ما يلي:

- هذا التفويض يتضمن الإفصاح عن معلومات متعلقة بإدمان الكحول والمخدرات، وعلاجات الصحة العقلية، فيما عدا الإشارات الخاصة بالعلاج النفسي، ومعلومات سرية خاصة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS)\*، فقط إذا قمت بالتوقيع بالأحرف الأولى على الخطوط المناسبة في البند 7. في حال ما إذا كانت المعلومات الصحية الموصوفة أدناه تحتوي على أي من أنواع تلك المعلومات، وقمت أنا بالتوقيع بالأحرف الأولى عند المربع بالبند 7، فإنني أقر بتفوضي للإفصاح تحديداً عن تلك المعلومات لإدارة الصحة البدنية والصحة العقلية لمدينة نيويورك ("DOHMH") وإدارة التعليم لمدينة نيويورك ("DOE")، التي تقوم بإدارة مكتب الصحة المدرسية بالشراكة.
- إذا كنت قد صرحت بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS)، أو العلاج من الكحول أو المخدرات، أو المعلومات الخاصة بعلاج الصحة والعقلية، فإن إدارة الصحة العامة والصحة العقلية لمدينة نيويورك (DOHMH) ممنوع عليها إعادة الإفصاح عنها دون الحصول على تفويض مني بذلك، إلا إذا كان ذلك مسموحاً به بموجب القوانين الفيدرالية وقانون الولاية. وأنا أفهم أنه لي الحق في طلب قائمة بأسماء الأشخاص الذين قد يتلقوا أو يستخدموا معلوماتي الصحية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS) بدون تصريح. إذا تعرضت للتمييز بسبب الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS)، يمكنني الاتصال بشعبة حقوق الإنسان بولاية نيويورك على رقم الهاتف 2493-480 (212) أو مفوض مدينة نيويورك لحقوق الإنسان على رقم الهاتف 7450-306 (212). هذه الوكالات مسؤولة عن حماية حقوقي.
- أمتنع بالحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق الكتابة إلى مقدمي الرعاية الصحية الذين صرحت لهم بالإفصاح عن معلوماتي. أنا أفهم أنه يمكنني إلغاء هذا التفويض فيما عدا القرارات التي تم اتخاذها بالفعل بناء على هذا التفويض.
- أفهم أن التوقيع على هذا التفويض هو تطوعي. إن علاجي ومدفوعاتي وتسجيلي في خطة للرعاية الصحية أو أهليتي للمزايا لن تكون مشروطة بتفوضي هذا للإفصاح عن المعلومات.
- المعلومات المفصحة عنها بموجب هذا التفويض يمكن إعادة الإفصاح عنها بواسطة إدارة الصحة البدنية والصحة العقلية (DOHMH) أو إدارة التعليم (إلا فيما ذكر أعلاه تحت البند 2)، وإعادة الإفصاح هذه قد لا تكون محمية بواسطة القوانين الفيدرالية وقانون الولاية.
- أخول جميع مقدمي الخدمات الصحية بالتصريح بهذه المعلومات إلى إدارة الصحة البدنية والصحة العقلية لمدينة نيويورك وإدارة التعليم لمدينة نيويورك، ومناقشة هذه المعلومات معهم.

7. المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها:

جميع المعلومات الصحية (المكتوبة والشفوية) بما فيه تاريخ المريض، وملاحظات المكتب (ما عدا ملاحظات العلاج النفسي)، ونتائج الامتحانات، ودراسات الأشعة، والأفلام، والإحالات، والاستشارات، وسجلات الفواتير، وسجلات التأمين، والسجلات المرسله إلى مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي من طرف مقدمي رعاية صحية آخرين.

إذا تم وضع إشارة على هذا المربع، الرجاء الإفصاح عن المعلومات الصحية المحددة هنا فقط ومناقشتها: \_\_\_\_\_  
(استخدم هذا المربع إذا كنت لا ترغب بإعطاء كامل السجل أو الإفصاح عنه. استخدم المربع 9 أدناه لتحديد الفترة الزمنية التي تريدها لهذه الاستمارة)

ضمن ما يلي: (ضع إشارة من خلال التوقيع بالأحرف الأولى)

\_\_\_\_\_ معلومات علاج إدمان الكحول/ المخدرات. حدد السجلات التي يسمح بالإفصاح عنها والمنظمة التي يحق لها الإفصاح: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ معلومات الصحة العقلية

\_\_\_\_\_ المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ مرض الإيدز (HIV/AIDS)

8. سبب الإفصاح عن المعلومات: تم الإفصاح عن هذه المعلومات بناء على طلب من المريض أو من يمثلته إلا إذا تم تحديد غير ذلك هنا:

9. هذا التفويض ينتهي في التاريخ الذي لم يعد فيه المريض مسجلاً في مدرسة أو برنامج تديره إدارة التعليم أو تتم خدمته بواسطة مكتب المدرسة الصحية إلا إذا كان محدداً هنا ما يشير إلى عكس ذلك:\*\*

10. إذا لم يكن المريض ذاته، اسم الشخص الموقع على الاستمارة: \_\_\_\_\_  
11. الشخص الموقع على هذه الاستمارة هو مخول قانوناً للتوقيع نيابة عن المريض كوالد أو وصي قانوني للمريض، أو كما هو محدد هنا:

جميع العناصر المطلوبة في هذه الاستمارة تمت تعبئتها وجميع أسئلتها الخاصة بهذه الاستمارة تمت الإجابة عليها وتم تزويدي بنسخة من الاستمارة.

التاريخ

توقيع المريض أو ممثله المخول قانونياً

\***فيروس نقص المناعة البشرية المسبب لمرض الإيدز (AIDS).** يحمي قانون الصحة العامة بولاية نيويورك المعلومات التي يمكنها أن تحدد أن شخص ما مصاب بأعراض فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو العدوى به، ومعلومات الاتصال الخاصة بالشخص.  
\*\* إذا تم تحديد تاريخ انتهاء الصلاحية في البند 9 أعلاه، فستنتهي صلاحية الاستمارة في ذلك التاريخ ويجب تقديم استمارة جديدة من قبل الوالد(ة) أو الوصي القانوني للمريض، أو الأشخاص الآخرين المرخص لهم بموجب القانون.