

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)		

- أطلب أنا، أو ممثلي القانوني، الإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة برعايتي وعلاجي كما هو موضح في هذه الاستمارة: بالتوافق مع قانون 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 الإشعارات الخاصة بالعلاج النفسي، ومعلومات سرية خاصة بفيروس نقص المناعة البشرية/الأيذز (HIV/AIDS)*، فقط إذا قُمت بالتوقيع بالأحرف الأولى على الخطوط المناسبة في البند 7. في حال ما إذا كانت المعلومات الصحية الموصوفة أدناه تحتوي على أي من نواعيات تلك المعلومات، وقمت أنا بالتوقيع بالأحرف الأولى في المربع بالبند 7، فإنني أقر بتفويضتي للإفصاح تحديداً عن تلك المعلومات لإدارة الصحة البدنية والصحة العقلية لمدينة نيويورك ("DOHMH") وإدارة التعليم لمدينة نيويورك ("DOE")، التي تقوم بإدارة مكتب الصحة المدرسية بالشراسة.
 - إذا كنت أصرح بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الأيذز (HIV/AIDS)، أو العلاج من الكحول أو المخدرات، أو المعلومات الخاصة بعلاج الصحة والعقلية، فإنه لا يُسمح لإدارة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك (DOHMH) بإعادة الإفصاح عنها دون الحصول على تفويض مني بذلك، إلا إذا كان ذلك مسموحاً به بموجب القوانين الفيدرالية وقانون الولاية. وأدرك أنه لي الحق في طلب قائمة بأسماء الأشخاص الذين قد يتلقون أو يستخدمون معلوماتي الصحية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الأيذز (HIV/AIDS) بدون تصريح. إذا تعرضت للتمييز بسبب الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الأيذز (HIV/AIDS)، يمكنني الاتصال بشعبة حقوق الإنسان بولاية نيويورك على رقم الهاتف 480-2493 (212) أو مفوض مدينة نيويورك لحقوق الإنسان على رقم الهاتف 306-7450 (212). هذه الوكالات مسؤولة عن حماية حقوقي.
 - أتمتع بالحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق الكتابة إلى مقدمي الرعاية الصحية الذين صرحت لهم بالإفصاح عن معلوماتي. أعلم 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 ومنفوعي وتسجيلي في خطة للرعاية الصحية أو أهليتي للمزايا لن تكون مشروطة بتفويضتي هذا للإفصاح عن المعلومات.
 - المعلومات المفصّل 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.
 - أخوّل جميع مقدمي الخدمات الصحية بالإفصاح عن المعلومات إلى إدارة الصحة والسلامة العقلية لمدينة نيويورك وإدارة التعليم لمدينة نيويورك، ومناقشتها معهم.

7. المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها ومناقشتها:
كامل المعلومات الصحية (التحريرية والشفوية)، بما في ذلك تاريخ المريض، وإشعارات العيادة (فيما عدا الإشعارات الخاصة بالعلاج النفسي)، ونتائج التحاليل، وفحوصات الأشعة، وصور الأشعة، والإحالات، والاستشارات، وسجلات الفوترة، وسجلات التأمين، والسجلات التي تم إرسالها إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بواسطة 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 الأيدز (HIV/AIDS) _____

8. سبب الإفصاح عن المعلومات: تم الإفصاح عن هذه المعلومات بناء على طلب من المريض أو من يمثله إلا إذا تم تحديد غير ذلك هنا:	9. تنتهي صلاحية هذا التفويض 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: (يجب على الوالد(ة) ولي(ة) الأمر إكمالها)	11. الشخص الذي يقوم بالتوقيع على هذه الاستمارة مخوّل 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 المخوّل قانوناً

*فيروس نقص المناعة البشرية المسبب لمرض الأيدز (AIDS). يحمي قانون الصحة العامة بولاية نيويورك المعلومات التي يمكنها أن تحدد أنّ شخصاً 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.

OSH-13 HIPAA Rev.04.2021

للطباعة فقط