

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

اسم المريض(ة)	تاريخ الميلاد	رقم هوية 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 الإشعارات الخاصة بالعلاج النفسي، ومعلومات سرية خاصة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الأيدز (HIV/AIDS)*، فقط إذا قمت بالتوقيع بالأحرف الأولى على الخطوط المناسبة في البند 7. في حالة ما إذا كانت المعلومات الموصوفة أدناه تحتوي على أي من نوعيات تلك المعلومات، وقمت أنا بالتوقيع بالأحرف الأولى عند المربع بالبند 7، فإنني أقر بتفريقي للإفصاح تحديداً عن تلك المعلومات لإدارة الصحة البدنية والصحة العقلية لمدينة نيويورك ("DOHMH").
- إذا كنت قد صرحت بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الأيدز (HIV/AIDS)، أو العلاج من الكحول أو المخدرات، أو المعلومات الخاصة بعلاج الصحة العقلية، 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 انه لي الحق في طلب قائمة بأسماء الأشخاص الذين قد يتلقوا أو يستخدموا معلوماتي الصحية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الأيدز (HIV/AIDS) بدون تصريح. إذا تعرضت للتمييز بسبب الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الأيدز (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 مقدي الرعاية الصحية المذكورين أدناه. 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 بتفريقي هذا للإفصاح عن المعلومات.
- المعلومات المفصحة عنها بموجب هذا التفويض يمكن إعادة الإفصاح عنها بواسطة إدارة الصحة البدنية والصحة العقلية (DOHMH) (إلا فيما ذكر أعلاه تحت البند 2)، وإعادة الإفصاح هذه قد لا تكون محمية بواسطة القوانين الفيدرالية وقانون الولاية.
- أنا أصرح لجميع مقدمي الرعاية الصحية التابعين لي بالإفصاح عن هذه المعلومات، ومناقشتها مع مكتب الصحة المدرسية، وهو برنامج مشترك بين إدارة التعليم لمدينة نيويورك وإدارة الصحة البدنية والصحة العقلية بمدينة نيويورك.

7. المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها: السجل الطبي بالكامل (التحريري والشفوي)، 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 أرسلت إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بواسطة مقدمي رعاية صحية آخرين.	
<input type="checkbox"/> إذا تم التعليم على هذا المربع، فقم بالإفصاح عن سجلي الطبي وناقشه فقط في نطاق التاريخ بدءاً من (الرج التاريخ) _____ وينتهي في (الرج التاريخ) _____. <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	
ضَمّن ما يلي: (حدد عن طريق التوقيع بالأحرف الأولى) _____ معلومات علاج إدمان الكحول/ المخدرات _____ 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. هذا التفويض ينتهي في التاريخ الذي لم يعد فيه المريض مسجلاً في مدرسة أو برنامج تديره إدارة التعليم لمدينة نيويورك 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 الموقَّع على الاستمارة:	11. الشخص الموقَّع على هذه الاستمارة هو 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 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 الوالدة(ة) أو الوصي القانوني للمريض، أو الأشخاص الآخرين المرخص لهم بموجب القانون.