

تصريح بالإفصاح عن معلومات صحية وفقاً لقانون (HIPAA)

اسم المريض	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي
عنوان المريض		

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 والمسئولية 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 (HIV)، فقط إذا قمت بالتوقيع بالأحرف الأولى على الخطوط المناسبة في البند 9 (أ)، في حالة ما إذا كانت المعلومات الموصوفة أدناه تحتوي على أي من نوعيات تلك المعلومات، وقمت أنا بالتوقيع بالأحرف الأولى عند المربع بالبند 9 (أ)، فإنني أقر بتفوضي للإفصاح تحديداً عن تلك المعلومات للشخص (الأشخاص) المذكورين في البند 8.
- إذا كنت قد صرحت بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، أو العلاج من الكحول أو المخدرات، أو المعلومات الخاصة بعلاج الصحة العقلية، فإن متلقي هذه المعلومات ممنوع عليه 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 (HIV) بدون تصريح. إذا تعرضت للتمييز بسبب الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، يمكنني الاتصال بشعبة حقوق الإنسان بولاية نيويورك على رقم الهاتف 2493-480 (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 مقدم الرعاية الصحية المذكور 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 بتفوضي هذا للإفصاح عن المعلومات.
- المعلومات المفصّل عنها بموجب هذا التفويض يمكن إعادة الإفصاح عنها بواسطة المتلقي (إلا فيما ذكر أعلاه تحت البند 2)، وإعادة الإفصاح هذه لن تكون محمية بواسطة القوانين الفيدرالية وقانون الولاية.
- أخول جميع مقدمي الخدمات الصحية بالتصريح بهذه المعلومات إلى إدارة الصحة البدنية والصحة العقلية لمدينة نيويورك وموظفيها ووكلائها والمتعاقدين معها، ومناقشة هذه المعلومات معهم.

7. المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها:	
<input type="checkbox"/> السجل الطبي من (insert date) إلى (insert date)	<input type="checkbox"/> السجل الطبي بالكامل، بما في ذلك تاريخ المريض، وإشعارات العيادة (فيما عدا الإشعارات الخاصة بالعلاج النفسي)، ونتائج التحاليل، وفحوصات الأشعة، وصور الأشعة، والإحالات، والاستشارات، وسجلات الفوترة، ونسجلات التأمين، والسجلات التي أرسلت إليك بواسطة مقدمي خدمة آخرين.
<input type="checkbox"/> غير ذلك:	بما في ذلك: (حدد عن طريق التوقيع بالأحرف الأولى) علاج الكحول/المخدرات _____ معلومات عن الصحة العقلية _____ معلومات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) _____
8. سبب الإفصاح عن معلومات:	9. ينتهي التفويض في خلال عام واحد (1) من تاريخ التوقيع عليه بواسطة المريض أو من يمثله إلى إذا تم تحديد غير ذلك هنا:
<input type="checkbox"/> بناءً على طلب من فرد	<input type="checkbox"/> غير ذلك:
10. إذا لم يكن المريض ذاته، اسم الشخص الموقع على الاستمارة:	11. سلطة التوقيع نيابة عن المريض:

جميع العناصر المطلوبة في هذه الاستمارة تمت تعبئتها وجميع أسئلتني الخاصة بهذه الاستمارة تمت الإجابة عليها. إضافة إلى ذلك، لقد تم تزويدي بنسخة من الاستمارة.

التاريخ: _____

توقيع المريض أو ممثله المخّل 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.