

إدارة الصحة العقلية بمقاطعة لوس أنجلوس
تصريح لاستخدام المعلومات الصحية المحمية أو الكشف عنها

العميل:

اسم العميل/الاسم السابق	تاريخ الميلاد	رقم العميل
اسم الممثل القانوني (إن وجد)	المدينة، الولاية، الرمز البريدي	
عنوان الشارع		

بإستخدام المعلومات الصحية المحمية أو الكشف عنها إلى:

يخول:

اسم الوكالة	اسم مقدم خدمة الرعاية الصحية/أخرى
عنوان الشارع	عنوان الشارع
المدينة، الولاية، الرمز البريدي	المدينة، الولاية، الرمز البريدي

المعلومات التي سيتم الكشف عنها:

- التقييم/التقدير
 نتائج الاختبار النفسي
 النتائج المعملية
 تاريخ الأدوية/الأدوية الحالية
 السجل بأكمله (برر):
 أخرى (حدد):

ملاحظة: قد تشمل السجلات معلومات ذات صلة باستخدام الكحول أو المخدرات وفيروس العوز المناعي البشري أو متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز). ولكن سجلات العلاج من مراكز علاج إدمان المخدرات والكحول أو نتائج اختبار العوز المناعي البشري لن يكشف عنها إلا بناءً على طلب صريح بصفة خاصة.

حدد كل ما ينطبق: سجلات الكحول أو المخدرات سجلات نتائج اختبار العوز المناعي البشري
طريقة تسليم الوثائق المطلوبة:

البريد استلام مباشر
الغرض من الاستخدام أو الكشف: (حدد الفئة التي تنطبق)

طلب العميل

أخرى (حدد):

هل ستعود على الوكالة أية فوائد من استخدام المعلومات أو الكشف عنها؟ نعم لا
أعي وأفهم أن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بي المستخدمة أو المكشوف عنها بموجب هذا الإذن من الجائز أنها لن تعد محمية من قبل القانون الفدرالي ويمكن استخدامها أو الكشف عنها من قبل المستلم بدون إذن مني. كما أعي وأفهم أنه بمجرد استخدام معلوماتي أو الكشف عنها فقد لا يكون من الممكن أن يتم سحبها.

تاريخ انتهاء الصلاحية: هذا الإذن صالح حتى

/ /
الشهر اليوم السنة

إدارة الصحة العقلية بمقاطعة لوس أنجلوس
تصريح لاستخدام المعلومات الصحية المحمية أو الكشف عنها

حقوقك فيما يتعلق بهذا التصريح:

الحق في الحصول على نسخة من التصريح – أعني وأفهم أنه بموافقتي على التوقيع على هذا الإذن، والذي ليس مفروضاً عليّ، يجب أن أحصل على نسخة موقعة من الاستمارة.

الحق في إلغاء الإذن – أعني وأفهم أن لدى الحق في إلغاء هذا الإذن في أي وقت عن طريق توجيه إخطار كتابي لإدارة الصحة العقلية بمقاطعة لوس أنجلوس. يمكنني استخدام نموذج إلغاء الإذن وإرساله بالبريد أو تسليمه إليّ:

اسم الوكالة

الشخص الذي يتعين الاتصال به

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

العنوان

أعني وأفهم إن الإلغاء لن يؤثر على قدرة إدارة الصحة العقلية بمقاطعة لوس أنجلوس أو مقدم لخدمات الرعاية الصحية على استخدام أو الكشف عن المعلومات الصحية المتعلقة بالاعتماد المسبق على هذا الإذن أو في إطار ما يسمح به القانون.

شروط: أعني وأفهم أنه يمكنني رفض التوقيع على هذا التصريح دون المساس بقدرتي على الحصول على العلاج. ومع ذلك، قد تقوم إدارة الصحة العقلية بمقاطعة لوس أنجلوس بوضع شرط لتوفير علاج متعلق ببحوث وهو الحصول على إذن باستخدام أو الكشف عن المعلومات الصحية المحمية المنشأة لهذا العلاج المتعلق ببحوث. (بعبارة أخرى، إذا كان هذا التصريح متعلق ببحث يشمل علاج، فلن تتلقني ذلك العلاج إلا بالتوقيع على استمارة التصريح).

لقد أتيت لي فرصة مراجعة وفهم محتوى ومضمون هذا التصريح. وبتوقيع هذا الإذن، أؤكد أنه يعكس أمنياتي بدقة.

x

x

التاريخ

توقيع العميل/الممثل القانوني

إذا كان الموقع على هذا التصريح شخص آخر بخلاف العميل، يرجى توضيح العلاقة والاعتبار:

x

إلغاء التصريح

اسم العميل

التاريخ

توقيع العميل/الممثل القانوني

إذا كان الموقع على هذا التصريح شخص آخر بخلاف العميل، يرجى توضيح العلاقة والاعتبار.

الاسم المطبوع:

العلاقة والاعتبار: