

إدارة الصحة النفسية بمقاطعة لوس أنجلوس
تصريح لاستخدام أو إفشاء معلومات صحية محمية

العميل/ة:

اسم العميل/ة - الاسم السابق	تاريخ الميلاد	رقم العميل/ة
اسم الممثل/ة القانوني/ة (إذا وُجد)		
عنوان الشارع	المدينة، الولاية، الرمز البريدي	
قد أقرت بالسماح بما يلي:	استخدام أو إفشاء معلومات صحية محمية (PHI)، إلى:	
اسم الوكالة	اسم مقدم/ة الرعاية الصحية - أو غير ذلك	
عنوان الشارع	عنوان الشارع	
المدينة، الولاية، الرمز البريدي	المدينة، الولاية، الرمز البريدي	

المعلومات التي تم السماح بها:

<input type="checkbox"/> التقييم/التقدير	<input type="checkbox"/> نتائج الاختبارات النفسية	<input type="checkbox"/> التشخيص
<input type="checkbox"/> النتائج المعملية	<input type="checkbox"/> الأدوية	<input type="checkbox"/> ملاحظات العلاج أو التقدم في الحالة
<input type="checkbox"/> السجلات الكاملة	<input type="checkbox"/> معلومات أخرى (يُرجى تحديدها):	

ملاحظة: لن يتم إفشاء أي معلومات تتعلق بالإدمان أو تعاطي المواد الكحولية، أو فيروس نقص المناعة البشرية HIV/AIDS و/أو أي معلومات متعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية ما لم يتم التصريح بالموافقة على ذلك صراحةً من خلال الإشارة إلى المربع/ات المرتبطة/ة بذلك فيما يلي:

<input type="checkbox"/> تعاطي الكحوليات	<input type="checkbox"/> الإدمان	<input type="checkbox"/> فيروس نقص المناعة البشرية HIV/AIDS
<input type="checkbox"/> الإجهاض	<input type="checkbox"/> الرعاية الصحية الإنجابية	

تواريخ العلاجات

أقر بأنني أسمح بالإفصاح عن السجلات المرتبطة بالفترة التالية: من _____ إلى _____
طريقة تسليم السجلات المطلوبة: شهر/يوم/سنة شهر/يوم/سنة

البريد الحضور للاستلام الإرسال عبر البريد الإلكتروني إلى: _____

الغرض من الإفصاح: (يُرجى الإشارة إلى الفئة التي ينطبق عليها الغرض)

العميل/ة الطلب أخرى (يُرجى تحديدها): _____

إنني أفهم أن أي إفصاح عن معلوماتي الصحية المحمية يحمل معه احتمالية إعادة الإفصاح غير المصرح بها وقد لا تكون المعلومات محمية تبعاً لقواعد السرية الفيدرالية. ومع ذلك، فإنني أفهم أنه وفقاً لقوانين ولاية كاليفورنيا، فإن الجهة المتسلمة لهذه المعلومات الصحية المحمية بموجب هذا التصريح محظور عليها إعادة الإفصاح عن البيانات الصحية المحمية، إلا في حال وجود إذن كتابي أو إذا تم طلب ذلك على وجه الخصوص أو السماح به وفقاً للقانون. كما أنني أيضاً أفهم أنه بمجرد استخدام معلوماتي أو الإفصاح عنها، قد لا تصبح متاحة مرة أخرى لاستدعائها.

تاريخ انتهاء صلاحية التصريح:

ما لم يتم إلغاء هذا التصريح من قبل المريض/ة، فإن هذا التصريح للسماح بمعلومات الرعاية الصحية الخاصة بالشخصية/أو المؤسسة المذكورة أعلاه يفقد صلاحيته تلقائياً بمجرد مرور 1 عام واحد من تاريخ توقيعه، أو عند التاريخ أو الحدث المذكور أدناه، أيها يحلّ أولاً.

يسري هذا التصريح حتى تاريخ ____ / ____ / ____ أو ____
الشهر اليوم السنة الحدث

إدارة الصحة النفسية بمقاطعة لوس أنجلوس
تصريح لاستخدام أو إفشاء معلومات صحية محمية

حقوقكم المتعلقة بهذا التصريح:

الحق في استلام نسخة من التصريح - أفهم أنني إذا وافقت على التوقيع على هذا التصريح، الذي لست ملزمًا بالتوقيع عليه، فإنني يجب أن أحصل على نسخة موقعة من هذا النموذج.

الحق في إلغاء التصريح - أفهم أن لدي الحق في إلغاء هذا التصريح في أي وقت بمجرد إخطار إدارة الصحة النفسية في مقاطعة لوس أنجلوس بشكل كتابي. يمكنني استعمال الجزء الخاص بإلغاء التصريح أسفل هذا النموذج وإرساله عبر البريد أو تسليم الإلغاء إلى:

اسم الوكالة

اسم الشخص المنوط بالتواصل

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

العنوان

كما أفهم أيضًا أن الإلغاء لن يؤثر على قدرة إدارة الرعاية الصحية بمقاطعة لوس أنجلوس أو أي مقدم/ة رعاية صحية على استعمال المعلومات الصحية أو الكشف عنها لأغراض تتعلق باعتمادية سابقة على هذا التصريح أو لأسباب أخرى يقرها القانون. **الشروط:** أفهم أنه يحق لي رفض التوقيع على هذا التصريح دون أن يؤثر ذلك على قدرتي على الحصول على العلاج. ومع ذلك، فإن إدارة الصحة النفسية بمقاطعة لوس أنجلوس قد تشترط الحصول على تصريح لاستخدام أو إفشاء المعلومات الصحية المحمية ذات الصلة بالأبحاث العلمية لتقديم العلاجات المرتبطة بتلك الأبحاث. (بعبارة أخرى، إذا كان هذا التصريح مرتبطًا بأبحاث علمية تتضمن علاجات، فإنكم لن تتمكنوا من الحصول على هذه العلاجات ما لم يتم توقيع هذا التصريح.) لقد كانت لدي الفرصة لمراجعة محتوى هذا التصريح وفهمه. بمجرد توقيع هذا التصريح، فإنني أؤكد أنه يعكس رغباتي بشكل دقيق وتام.

X

التاريخ

X

توقيع العميل/ة أو الممثل/ة القانوني/ة

إذا تم التوقيع من خلال شخص آخر غير العميل/ة، يُرجى تحديد الصلة بينكما والصلاحيات الممنوحة لذلك الشخص:

X

إلغاء التصريح

اسم العميل/ة

التاريخ

توقيع العميل/ة أو الممثل/ة القانوني/ة

إذا تم التوقيع من خلال شخص آخر غير العميل/ة، يُرجى كتابة الاسم وتحديد الصلة بينكما والصلاحيات الممنوحة لذلك الشخص:

يُرجى كتابة الاسم هنا:

الصلة بينكما وصفة الشخص: