



إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس تغيير حالة مشاركة المعلومات الصحية (HIE)

تغيير حالة مشاركة تبادل المعلومات الصحية

يرجى استخدام هذا النموذج فقط إذا كنت ترغب في تغيير حالتك الحالية للسماح أو تقييد مشاركة المعلومات الصحية (HIE) مع الأطباء الذين تربطك بهم علاقة اختبار أو علاج.

تاريخ سريان تغيير الحالة: _____ (شهر/يوم/سنة)

اختر أحد الخيارات التالية أدناه:

☐ **الانسحاب:** لا أوافق على مشاركة معلوماتي الصحية الشخصية في نظام تبادل المعلومات الصحية (HIE).

☐ **الموافقة:** أوافق الآن على مشاركة معلوماتي الصحية الشخصية في نظام تبادل المعلومات الصحية (HIE). قد يشمل ذلك معلومات صحية ذات صلة تم تسجيلها قبل تاريخ اليوم.

الإقرارات والتوقيعات

توقيع العميل*:	اسم العميل:	التاريخ
توقيع الشخص البالغ المسؤول**:	العلاقة بالعميل	التاريخ
توقيع الشاهد / المترجم***:	اللغة المترجمة:	التاريخ

* العميل القاصر: يجب أن يكون لدى العميل القاصر الذي يتلقى الخدمات بتوقيعه الخاص نموذج موافقة القاصر الموقع في الملف السريري.
** الشخص البالغ المسؤول: الوصي أو القيم أو أحد والدي القاصر عندما يقتضي القانون ذلك.
*** الشاهد/المترجم: الشخص الذي شهد توقيع النموذج (موظف أو غيره) أو قام بترجمة هذا النموذج إلى لغة أخرى للعميل.

الاسم: _____ رقم الهوية: _____ الجهة: _____ رقم المزود: _____ مقاطعة لوس أنجلوس - إدارة الصحة العقلية	يتم تزويدك بهذه المعلومات السرية وفقاً لقوانين ولوائح الولاية والقوانين الفيدرالية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر قانون الرعاية الاجتماعية والمؤسسات المعمول به، والقانون المدني ومعايير خصوصية قانون HIPAA. يُمنع نسخ هذه المعلومات لأغراض الإفصاح عنها لاحقاً دون الحصول على إذن كتابي مسبق من العميل/الممثل المعتمد الذي تنطبق به، ما لم يسمح القانون بخلاف ذلك. يُشترط إتلاف هذه المعلومات بعد تحقيق الغرض المذكور في الطلب الأصلي.
--	---