الإذن لـ NYCHHC للإفصاح عن معلومات طبية عملاً بـ HIPAA

يجب ملء جميع الحقول بالكامل

لا يمكن استخدام هذا النموذج للحصول على إذن لأغراض دراسية بحثية أو شؤون تسويقية، أو جمع التبرعات أو العلاقات العامة

إسم وعنوان المريض	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي للمريض(SSN)
	رقم السجل الطبي	رقم الهاتف

إسم مقدم الخدمات الصحية القائم بنشر المعلومات	تفاصيل المعلومات المأذون بنشرها: المعلومات المطلوبة _____ تواريخ العلاج من _____ إلى _____
إسم وعنوان الشخص أو الكيان الذي ستُرسل المعلومات له	المعلومات المراد طلب نشرها (إن وجد علامة في المربع، فإنك تعطي الإذن بنشر تلك المعلومات). **يرجى الانتباه: قد لا نستطيع معالجة طلبك ما لم تقوم بوضع علامة في كل المربعات.** ☐ معلومات عن العلاج في برنامج الإدمان على الكحول و/أو معاقرة المواد المخدرة ☐ معلومات عن الصحة العقلية ☐ معلومات عن الاختبارات الجينية (الوراثية) ☐ معلومات متعلقة بالـ HIV/ AIDS (فيروس العوز المناعي البشري / الأيدز)
سبب طلب نشر المعلومات ☐ مسألة قانونية ☐ طلب شخصي ☐ غير ذلك (يرجى التحديد): _____	متى سينتهي مفعول صلاحية الإذن؟ (ضع علامة في مربع واحد فقط) ☐ الواقعة: _____ ☐ في هذا التاريخ: _____

أنا، أو ممثلي المكلف من طرفي، أأذن استخدام أو الإفصاح عن معلوماتي الطبية و/ أو معلومات عن فواتيري كما قمت بوصفها في هذا النموذج.

وأفهم أنه من المحتمل إعادة الإفصاح عن معلوماتي الطبية و/أو معلومات عن فواتيري ولم أعد محمياً بالأنظمة الفيدرالية المعنية بخصوصية المعلومات الصحية إذا لم يكن يتطلب القانون من المتلقي الموصوف (المتلقين) في هذا النموذج حماية خصوصية المعلومات.

وأفهم أنه إذا كانت سجلاتي الطبية و/أو سجلات فواتيري تحمل معلومات متعلقة **بعلاج الإدمان على الكحول** أو **معاقرة المواد المخدرة**، و/أو **الاختبارات الجينية**، و/أو **معلومات سرية متعلقة بالـ HIV/AIDS**، فلن يتم نشر هذه المعلومات إلى الشخص (الأشخاص) الذي أشرت له ما لم أقوم أولاً بوضع علامة في المربع (المربعات) لهذه المعلومات على هذا النموذج.

وأفهم أنني أقوم بإعطاء الإذن من أجل إستخدام أو الإفصاح عن معلومات متعلقة بالـ HIV/AIDS، وأنه يُمنع المتلقي (المتلقون) من استخدام أو إعادة الإفصاح عن أي من المعلومات المنشورة له المتعلقة بالـ HIV/AIDS دون الحصول على إذني، إلا في الحالة التي يكون مسموح له عمل ذلك وفقاً للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية. وأفهم أيضاً أنه لديّ حق طلب قائمة بأسماء الأشخاص الذين يمكن أن يتلقوا أو يستخدموا معلومات عني متعلقة بالـ HIV/AIDS دون الحصول على إذن مني. وفي حال معاناتي من تمييز بسبب استخدام أو الإفصاح عن معلومات عني متعلقة بالـ HIV/AIDS، فيمكنني أن أتصل بشعبة حقوق الإنسان لولاية نيويورك (New York State Division of Human Rights) على الرقم 212.480.2493 أو بلجنة حقوق الإنسان لمدينة نيويورك (New York City Commission of Human Rights) على الرقم 212.306.7450. وتكون هاتين الوكالتين مسؤوليتين عن حماية حقوقي.

وأفهم أنه لديّ حق رفض توقيع هذا الإذن ولن تتأثر رعايتي الصحية، ودفع نفقات رعايتي الصحية، ومخصصاتي من الرعاية الصحية إذا لم أقم بتوقيع هذا النموذج. كما أفهم أنني لو رفضت توقيع هذا الإذن، فلن يأخذ NYCHHC بعين الاعتبار طلبي للإفصاح عن معلوماتي الطبية و/أو معلومات عن فواتيري.

وأفهم أنه لديّ حق طلب المعاينة و/أو تلقي نسخة من المعلومات الموصوفة في نموذج الإذن هذا عند ملئي نموذج طلب الوصول إلى معلومات (Request for Access Form). كما أفهم أنه لديّ حق تلقي نسخة من هذا النموذج بعد أن أوقع عليه.

أفهم أنه إذا قمت بتوقيع نموذج الإذن هذا بشأن استخدام أو الإفصاح عن معلوماتي الطبية و/أو معلومات عن فواتيري، فلديّ الحق بسحبه وإبطال مفعوله في أي وقت، باستثناء ذلك القدر الذي سبق لـ NYCHHC باتخاذ إجراء به استناداً على إذني أو إذا تم استحصال الإذن كشرط للحصول على تغطية التأمين.

ولسحب وإبطال هذا الإذن، يرجى الاتصال بقسم إدارة شؤون المعلومات الصحية في المنشأة التي تعالج هذا الطلب.

لقد قرأت هذا النموذج وتمت الإجابة على جميع أسئلتي. وبتوقيعي أدناه، أقر أنني قد قرأت جميع ما تقدم أعلاه وأوافق عليها.

توقيع المريض أو ممثله الشخصي	إن لم يكن المريض، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة الاسم ومعلومات الاتصال للممثل الشخصي الموقع على هذا النموذج
التاريخ	وصف السلطة المخول بها الممثل الشخصي للقيام بمقام المريض

إذا قام HHC بطلب هذا الإذن، فعلى المريض أو ممثله الشخصي تقديم نسخة من هذا النموذج بعد توقيعه

(If HHC has requested this authorization, the patient or his/her Personal Representative must be provided a copy of this form after it has been signed.)

HHC USE ONLY	
Date Received:	Initials of HIM employee processing request:
Date Completed	Comments