

الموافقة المطلوبة للإفصاح عن المعلومات

يجب أن يراجع المريض (الطفل) أو من ينوب عنه شخصيًا هذا النموذج ويوقع عليه. وإذا كان عمر المريض أقل من 18 عامًا، فيجب أن يراجع الوالد (أو الوصي) هذا النموذج ويوقع عليه. يسمح هذا النموذج باستخدام المعلومات الصحية، والمعلومات المتعلقة بعلاج تعاطي المواد المخدرة، ومعلومات الصحة النفسية وكذلك الإفصاح عنها، وذلك لأغراض التخطيط، وتنسيق عملية الرعاية، وتقديم الخدمات للطفل الذي تمت إحالته للحصول على خدمات الصحة النفسية المكثفة. يُشترط الحصول على نموذج منفصل من أجل استخدام المعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية أو الإفصاح عنها.

الشخص الذي قد تُستخدم معلوماته أو تتم مشاركتها:

اسم الطفل: _____

تاريخ الميلاد: _____

(يُشار إليه في هذا المستند بـ "طفلي" أو "طفلك")

الجزء الأول: الموافقة المطلوبة للإفصاح عن المعلومات

A. وصف المعلومات التي سيتم استخدامها أو مشاركتها:

تشمل المعلومات المتعلقة بطفلك التي سيتم استخدامها أو مشاركتها ما يلي: طلب الالتحاق ببرنامج "نقطة الوصول الموحدة للأطفال" (Children's Single Point of Access, CSPOA)، والتقييمات التعليمية والطبية والتقييمات المتعلقة بالصحة النفسية وعلاج تعاطي المواد المخدرة، بما يشمل: التقييمات النفسية والسيكولوجية، والتقييمات النفسية الاجتماعية، وتقارير الخروج من المستشفى، وجميع البيانات السريرية ذات الصلة وغيرها: _____.

أفوض بموجب هذا النموذج مصدر إحالة طفلي بمشاركة طلب CSPOA وجميع المعلومات السرية (بما فيها المعلومات المتعلقة بالصحة النفسية لطفلي، والتقييم النفسي والسيكولوجي، والمعلومات المتعلقة بعلاج تعاطي المواد المخدرة، بالإضافة إلى المعلومات الطبية) مع إدارة الصحة والسلامة العقلية في مدينة نيويورك (إدارة الصحة) من خلال برنامج CSPOA التابع لمدينة نيويورك (NYC). وأفوض أيضًا بموجب هذا النموذج برنامج CSPOA التابع لإدارة الصحة باستخدام هذه المعلومات ومشاركتها لتحديد أهلية طفلي وأنشطة تنسيق رعايته.

B. الغرض من المعلومات أو الحاجة إليها: لقد تمت إحالتك طفلك إلى خدمات الصحة النفسية المكثفة. يحدّد برنامج CSPOA الأهلية وأنشطة تنسيق الرعاية للأطفال الذين بحاجة إلى خدمات الصحة النفسية المكثفة. ويجب على أحد اختصاصيي برنامج CSPOA مراجعة المعلومات الواردة من الطالب والمعلومات الأخرى المذكورة أعلاه، لكي يتسنى تقديم الخدمات المناسبة إلى طفلك.

C. أنت تفوض برنامج CSPOA بمشاركة معلومات طفلك مع الشخص (الأشخاص) أو المنظمة (المنظمات)، أو المنشأة (المنشآت) أو البرنامج (البرامج) الآتي ذكرها، واستخدام معلومات طفلك على النحو الموضح أدناه:

لتحديد الأهلية وأنشطة تنسيق الرعاية لطفلك، سيتولى أحد اختصاصيي برنامج CSPOA القيام بكل ما يلي:

- التواصل معك، ومع مصدر الإحالة، بما يشمل الشخص الذي أكمل التقييمات، من أجل مناقشة علاج طفلك؛
- مشاركة المعلومات المذكورة أعلاه مع مجموعة متنوعة من الوكالات والمنظمات المتعاقد معها من خلال مكتب الصحة النفسية في ولاية نيويورك، وإدارة الصحة بمدينة نيويورك (NYC)، أو إدارة الصحة لدى الولاية، أو برنامج Health Homes Servicing Children (بما في ذلك Health Home Care Management) لتقديم توصيات بشأن البرنامج المناسب للتسجيل المحتمل في خدمات الصحة النفسية المكثفة. وتشمل الوكالات والمنظمات التي قد تتلقى معلومات طفلك ما يلي: وكالات إدارة الرعاية الصحية، ومقدمي خدمات برنامج Non-Medicaid Care Coordination، ومديرو الرعاية في برنامج Health Home Care Management. بالإضافة إلى ذلك، فأنت تدرك أنه يمكن مناقشة الإحالات مع الوكالات أو البرامج التالية وتقديمها إليها: مكتب الأشخاص المصابين بإعاقات النمو، وFamily Resource Center، وIntensive Crisis Stabilization and Treatment، وHome-Based Crisis Intervention، وFunctional Family Therapy (FFT)، ومكتب خدمات الأطفال والأسر في ولاية نيويورك، والإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية، وPre-Admission Certified Committee؛

- مراجعة Medicaid Analytics Performance Portal (MAPP) لتحديد إمكانية تسجيل طفلك في أحد البرامج.

D. حقوقي: أدرك ما يلي:

1. لن تُستخدم هذه المعلومات أو يُفصح عنها إلا بعد هذه الموافقة.
2. هذه المعلومات سرية، ولا يمكن الإفصاح عنها قانونًا إلا بإذني.
3. وإذا تم الإفصاح عن هذه المعلومات إلى شخص ليس ملزمًا بالامتنثال للوائح الفيدرالية لحماية الخصوصية، يجوز حينها إعادة الإفصاح عنها ولن تكون محمية بعد ذلك.
4. يحق لي إلغاء (التراجع عن) هذه الموافقة في أي وقت. ويجب تقديم التراجع عن هذه الموافقة كتابيًا في النموذج الذي قدمه لي برنامج CSPOA التابع لمدينة نيويورك (NYC). وأدرك أنه لن يسري التراجع عن موافقتي إذا كانت المنظمات أو الأشخاص الذين منحتهم تفويض استخدام المعلومات الصحية المتعلقة بطفلي والإفصاح عنها قد اتخذوا بالفعل إجراءات بسبب موافقتي السابقة. وللتراجع عن الموافقة، سأرسل خطابًا إلى برنامج CSPOA التابع لمدينة نيويورك (NYC) على العنوان التالي:

NYC Children's Single Point of Access
New York City Department of Health and Mental Hygiene
Bureau of Children, Youth and Families
42-09 28th St.
Long Island City, NY 11101

5. لست مضطرًا إلى التوقيع على هذه الموافقة، كما أن رفضي التوقيع عليها لن يؤثر في إمكانية حصولي أنا أو طفلي على الخدمات من مكتب الصحة النفسية بولاية نيويورك، بما في ذلك: Health Home Care و Community Residence و Non-Medicaid Care Coordination و Management. ولن يؤثر في أهليتي أو أهلية طفلي في الحصول على المنافع.
6. يحق لي مراجعة ونسخ معلومات طفلي الصحية التي سيتم استخدامها أو الإفصاح عنها وفقًا لمتطلبات اللوائح الفيدرالية لحماية الخصوصية الواردة في الباب 45 من مدونة اللوائح الفيدرالية، القسم 164.524 (45 CFR§164.524).
7. أدرك أنه ستنتهي صلاحية هذه الموافقة عندما يتوقف طفلي عن تلقي إحدى خدمات الصحة النفسية المكثفة.

E. استخدام المعلومات والإفصاح عنها بشكل دوري: أصرّح بموجب هذا النموذج باستخدام المعلومات المذكورة أعلاه والإفصاح عنها بشكل دوري إلى الشخص أو المنظمة أو المنشأة أو البرنامج المشار إليها أعلاه حسبما تقتضي الضرورة لتحقيق الغرض المذكور أعلاه.

الجزء الثاني: التوقيع

توقيع المريض: أشهد بأنني أُمْنَح تفويضًا باستخدام معلومات طفلي الطبية والمعلومات المتعلقة بصحته النفسية على النحو الموضَّح في هذه الوثيقة.

التاريخ

توقيع المريض (أو من ينوب عنه الذي يسمح به القانون)

اسم المريض (بأحرف واضحة)

إذا وقع من ينوب عن المريض على هذا النموذج، فاذكر اسم من ينوب عن المريض (أو الوالد أو الوصي) (بأحرف واضحة)

إذا وقع من ينوب عن المريض على هذا النموذج، فاذكر صلاحية من ينوب عن المريض للتوقيع نيابة عنه (على سبيل المثال، اكتب "الوالد" إذا كان من ينوب عن المريض هو والد لمريض قاصر)

F. إفادة الشاهد وتوقيعه: لقد شهدت بالتوقيع على هذه الموافقة وأقر بأنه قُدمت نسخة مُوقَّعة إلى المريض أو من ينوب عنه شخصيًا.

الشاهد:

اسم الموظف ومسماه الوظيفي

قُدمت الموافقة إلى:

اسم المريض

التاريخ:

سيتم ملء بيانات هذا الجزء بواسطة المنشأة:

توقيع الموظف الذي يستخدم المعلومات ويُفصح عنها

المسمى الوظيفي

تاريخ الإفصاح

إخطار - الحظر المفروض على إعادة الإفصاح عن سجلات علاج تعاطي المواد المخدرة:

يتعلق هذا الإخطار بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بعلاج المريض من تعاطي المواد المخدرة، والتي تم الإفصاح عنها لك بموافقة هذا المريض أو من ينوب عنه شخصيًا. لقد تم الإفصاح عن هذه المعلومات، المتمثلة في سجلات علاج تعاطي المواد المخدرة، إليك من سجلات مشمولة بالحماية بموجب قواعد السرية الفيدرالية (الواردة في 42 CFR Part 2) وقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA). تحظر عليك اللوائح القواعد الفيدرالية إجراء أي عمليات إفصاح عن هذه المعلومات إلى المنظمات غير المذكورة في الجزء الأول الوارد أعلاه، ما لم يُسمح صراحة بإعادة الإفصاح، وذلك بموجب موافقة كتابية من الشخص الذي تخصه المعلومات أو على النحو الذي تسمح به الأحكام المنصوص عليها في 42 CFR Part 2. ويُرجى العلم بأن الموافقة العامة للإفصاح عن المعلومات الطبية أو غيرها من المعلومات ليست كافية لهذا الغرض. تمنع القواعد الفيدرالية أي استخدام للمعلومات في إجراء التحقيق الجنائي مع مريض متعاطي للكحوليات أو تعاطي المواد المخدرة أو مقاضاته وملاحقته قضائيًا.

الجزء الثالث: التراجع عن الموافقة على الإفصاح عن المعلومات

ألغى بموجب هذا النموذج التفويض باستخدام المعلومات المُشار إليها في الجزء الأول والإفصاح عنها الذي أُعطيته للشخص أو المنظمة أو المنشأة أو البرنامج الذي اسمه وعنوانه على النحو التالي:

أرفض بموجب هذا النموذج إعطاء الشخص أو المنظمة أو المنشأة أو البرنامج الذي اسمه وعنوانه ما يلي موافقة على استخدام المعلومات المُشار إليها في الجزء الأول والإفصاح عنها:

توقيع المريض (أو من ينوب عنه الذي يسمح به القانون)

التاريخ

اسم المريض (بأحرف واضحة)

إذا وقع من ينوب عن المريض على هذا النموذج، فاذكر اسم من ينوب عن المريض (أو الوالد أو الوصي) (بأحرف واضحة)

إذا وقع من ينوب عن المريض على هذا النموذج، فاذكر صلاحية من ينوب عن المريض للتوقيع نيابة عنه (على سبيل المثال، اكتب "الوالد" إذا كان من ينوب عن المريض هو والد لمريض قاصر)

أسئلة CSPOA فيما يتعلق بمعلومات المريض ومشاركة الموافقة

1. كيف سيستخدم مقدمو خدمات برنامج CSPOA معلوماتي؟

سيستخدم مقدمو خدمات برنامج CSPOA معلوماتك الصحية، في حال موافقتك، فيما يلي:

- تنسيق الرعاية الصحية لطفلك وإدارة رعاية طفلك
- التحقق مما إذا كنت متعاقدًا مع شركة تأمين صحي ومعرفة التكاليف التي تغطيها شركة التأمين الصحي
- دراسة الرعاية الصحية للمرضى وتحسينها

يرجى العلم بأن الاختيار الذي تقرره لا يسمح لشركات التأمين الصحي بالاطلاع على معلوماتك لتحديد ما إذا كان يجب عليهم منحك التأمين الصحي أو دفع تكاليف فواتيرك أم لا.

2. ما مصدر معلوماتي الصحية؟

تُرد معلوماتك الصحية من الأماكن والأشخاص الذين قدموا لك خدمات الرعاية الصحية أو التأمين الصحي في الماضي. وهي قد تشمل المستشفيات والأطباء والصيادلة والمختبرات والخطط الصحية (شركات التأمين) وبرنامج Medicaid والمجموعات الأخرى التي تشارك المعلومات الصحية. وللإطلاع على قائمة بالمعلومات المتاحة في PSYCKES، تفضلُ زيارة موقع PSYCKES الإلكتروني على الرابط www.psyckes.org واطلع على قسم "About PSYCKES" أو اطلب من مقدم الخدمات العلاجية الخاص بك طباعة القائمة نيابة عنك.

3. ما القوانين والقواعد التي تتناول كيفية مشاركة معلوماتي الصحية؟

تشمل هذه القوانين واللوائح القسم 33.13 من قانون السلامة العقلية في نيويورك، والمادة F-27 من قانون الصحة العامة في نيويورك، والقواعد الفيدرالية المتعلقة بالسرية، بما فيها 42 CFR Part 2، و 45 and 160 CFR Parts 164 (وهي القواعد المشار إليها باسم "قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)."

4. من الذي يمكنه الحصول على معلوماتي والاطلاع عليها، في حال موافقتي على ذلك؟

الأشخاص الوحيدون الذين يمكنهم الاطلاع على معلومات الشخصية هم الأشخاص الذين توافق لهم بالحصول عليها والاطلاع عليها، مثل الأطباء والأشخاص الآخرين الذين يعملون لدى CSPOA والمشاركين في الرعاية الصحية لطفلك، والأشخاص الذين يعملون لدى أحد مقدمي خدمات برنامج CSPOA الذين يقدمون الرعاية الصحية لطفلك، وذلك لمساعدتهم في مراجعة التأمين الصحي لطفلك أو دراسة الرعاية الصحية لجميع المرضى وتحسينها.

5. ماذا لو استخدم أحد الأشخاص معلوماتي وأنا لم أوافق على السماح له بذلك؟

إذا كنت تعتقد أن شخصًا ما استخدم معلومات طفلك، وأنت لم توافق على إعطاء هذا الشخص معلومات طفلك، يمكنك الاتصال هاتفياً بأحد مقدمي الخدمات الذي أعطيتهم إذنًا بالاطلاع على سجلاتك، أو ببرنامج CSPOA على الرقم 347-396-7205، أو بمكتب المدعي العام للولايات المتحدة على الرقم 212-637-2800، أو بمكتب علاقات العملاء بشأن الصحة النفسية في ولاية نيويورك على الرقم 800-597-8481.

6. ما مدة سريان موافقتي؟

ستظل موافقتك سارية حتى اليوم الذي تتراجع فيه عنها، أو إذا توقف برنامج CSPOA، أو بعد ثلاثة أعوام من آخر تاريخ قدم فيه برنامج CSPOA الخدمة، أيهما أقرب.

7. ماذا لو غيرت رأيي لاحقاً ورغبت في التراجع عن موافقتي؟

يمكنك التراجع عن موافقتك في أي وقت عن طريق التوقيع على نموذج إلغاء الموافقة وتقديمه إلى CSPOA. اتصل هاتفياً على الرقم 347-396-7205 للحصول على هذا النموذج. ملاحظة: حتى إذا قررت التراجع عن موافقتك لاحقاً، فإن مقدمي الخدمات الذين بحوزتهم معلوماتك بالفعل ليسوا مضطرين لإزالتها من سجلاتهم.

8. كيف يمكنني الحصول على نسخة من هذا النموذج؟

يمكنك الحصول على نسخة من هذا النموذج بعد توقيعك عليه.