

بوابة الوصول الموحدة للأطفال في مدينة نيويورك: تفويض بالإفصاح عن المعلومات

| | |
|-------------------|----------------|
| اسم الطفل/المريض: | تاريخ الميلاد: |
|-------------------|----------------|

أفوض أنا، _____، إدارة الصحة والسلامة العقلية في NYC، من خلال بوابة الوصول الموحدة للأطفال (Children's Single Point of Access, CSPOA)، بالإفصاح عن المعلومات التالية حول طفلي (أو حولي إذا كان عمري 18 عامًا أو أكثر) وتلقيها أو الوصول إليها:

جميع التقييمات التعليمية والطبية وعلاج تعاطي المواد المخدرة وتقييمات الصحة العقلية، بما فيها نموذج الإحالة الشامل والتقييمات العقلية والنفسية والتقييمات النفسية الاجتماعية وتقارير الخروج من المستشفى وجميع البيانات السريرية وملاحظات العلاج النفسي التي يسجلها مقدم الرعاية الصحية الذي يكون اختصاصياً في الصحة النفسية ويوثق محتويات المحادثة (المحادثات) أو يحللها خلال جلسة استشارية خاصة أو جلسة استشارة جماعية أو مشتركة أو أسرية، والتي قد يتم فصلها عن باقي سجلاتي الطبية، وجميع البيانات المتوفرة لدى CSPOA أو التي حصلت عليها، وغيرها من المعلومات المذكورة في المربع التالي:

| |
|--|
| المعلومات الأخرى التي سيتم الإفصاح عنها [إذا كانت المعلومات المفصح عنها خاضعة إلى 42 CFR Part 2، فاذكر المعلومات الدقيقة هنا]: |
|--|

أفوض CSPOA بالإفصاح عن المعلومات المذكورة أعلاه وتلقيها أو الوصول إليها الواردة من أي خطة صحية أو طبيب أو اختصاصي الرعاية الصحية أو مستشفى أو عيادة أو مختبر أو صيدلية أو منشأة طبية أو مقدم رعاية صحية آخر أو اختصاصي اجتماعي أو منظمات اجتماعية أو مقدم خدمات الصحة النفسية أو أي شخص (أشخاص) أو منظمة (منظمات) إضافية مذكورة في المربع أدناه، والتي قدمت أو ستقدم المدفوعات أو العلاج أو الخدمات لطفلي أو نيابةً عن طفلي (أو لي أو نيابةً عني إذا كان عمري 18 عامًا أو أكثر):

| |
|--|
| اسم الشخص (الأشخاص) أو المنظمة (المنظمات) الأخرى التي سيتم الإفصاح لها عن المعلومات [إذا كانت تخضع المعلومات المفصح عنها إلى 42 CFR Part 2، فاذكر بالتحديد اسم الشخص (الأشخاص) أو المنظمة (المنظمات) واسم جهة الاتصال (جهات الاتصال) التي ستتلقى المعلومات]: |
|--|

سنتتهي صلاحية هذا التفويض عندما أقوم بإلغائه، ما لم يُحدد تاريخ أو حدث في المربع التالي:

| |
|--|
| التاريخ أو الحدث الذي سنتتهي فيهما صلاحية هذا التفويض: |
|--|

تفصح CSPOA عن هذه المعلومات أو تتلقاها بناءً على طلبي و/أو لأغراض تقييم الخدمات أو تحديد الأهلية أو الإحالة إلى الخدمات أو توفير الخدمات لطفلي (أو لي إذا كان عمري 18 عامًا أو أكثر)، و/أو للغرض (الأغراض) المذكور في المربع التالي:

غرض (أغراض) آخر للإفصاح:

أدرك أنه لا يتعيّن عليّ التوقيع على هذا التفويض وأن رفضي لن يؤثر في حصول طفلي (أو حصولي إذا كان عمري 18 عامًا أو أكثر) على العلاج، ولن يؤثر في مدى أهلية طفلي (أو مدى أهليتي إذا كان عمري 18 عامًا أو أكثر) للاستفادة من الخدمات. وتُطبق بعض الاستثناءات، حيث يمكن لجهة الاستلام إعادة الإفصاح عن المعلومات.

أدرك كذلك أنه يحق لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت بمراسلة: **42-09 28th St, CSPOA :Attn, DOHMH, 11101 NY, Long Island City**. وأدرك أنه لن يسري إلغاء تفويضي إذا كان الأشخاص أو المنظمات الذين منحتهم التفويض باستخدام معلومات طفلي (أو معلوماتي إذا كان عمري 18 عامًا أو أكثر) و/أو الإفصاح عنها قد اتخذوا بالفعل إجراءات بسبب تفويضي.

التاريخ

توقيع المريض أو من ينوب عنه بموجب القانون

3.25 Arabic