

التصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية (بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالعلاج من إدمان الكحول/المخدرات والصحة العقلية) والمعلومات السرية ذات الصلة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

إدارة الصحة بولاية نيويورك  
(New York State Department Of Health)

|              |               |                 |
|--------------|---------------|-----------------|
| اسم المريض   | تاريخ الميلاد | رقم هوية المريض |
| عنوان المريض |               |                 |

- أطلبُ بصفتي الشخصية أو من خلال شخص مفوض أن يتم الإفصاح عن المعلومات الصحية المتعلقة برعايتي وعلاجي كما هو محدد في هذا النموذج. أفهم أن:
- هذا التصريح قد يتضمن الإفصاح عن معلومات متعلقة بالعلاج من إدمان الكحول/المخدرات والصحة العقلية والمعلومات السرية ذات الصلة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بمجرد التوقيع بالأحرف الأولى من اسمي على السطر المناسب في البند 8. في حالة كانت المعلومات الصحية الموضحة أدناه تتضمن أيًا من هذه المعلومات ووقعت بالأحرف الأولى في المربع في البند 8، فأنا أصرح بشكل خاص بالإفصاح عن هذه المعلومات للشخص أو الأشخاص المشار إليهم في البند 6.
  - مع بعض الاستثناءات، بمجرد الإفصاح عن المعلومات الصحية يمكن لمتلقيها إعادة الإفصاح عنها. إذا كنتُ أصرح بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومعلومات العلاج من إدمان الكحول/المخدرات والصحة العقلية، يُحظر على المتلقي إعادة الإفصاح عن هذه المعلومات أو استخدام المعلومات المفضح عنها لأي غرض آخر من دون تصريح ما لم يكن مسموحًا له فعل ذلك بموجب القوانين الفيدرالية أو قوانين الولاية. إذا تعرضتُ لمعاملة تمييزية بسبب الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو الكشف عنها، يجوز لي الاتصال بقسم حقوق الإنسان بولاية نيويورك، مكتب شؤون الإيدز (New York State Division of Human Rights, Office of AIDS) على الرقم 1-888-392-3644. هذه الهيئة مسؤولة عن حماية حقوقي.
  - يحق لي في أي وقت إلغاء هذا التصريح، كتابيًا، الممنوح لمقدم الخدمة الوارد أدناه في البند 5. أدرك أنه يجوز لي إلغاء هذا التفويض ولكن هذا مقيد بالحالات التي لم يتم فيها اتخاذ إجراءات بالفعل بناءً على هذا التفويض.
  - يُعد التوقيع على هذا التصريح طوعيًا. أفهم بصفة عامة أن علاجي ومدفوعاتي وتسجيلي في الخطط الصحية أو أهليتي للحصول على المخصصات ليست مشروطة بتصريحي بهذا الإفصاح عن المعلومات. ومع ذلك، أعني أنه يجوز حرمانني من العلاج في حالات معينة إذا لم أوقع على هذه الموافقة.

|  |  |   |  |   |   |
|--|--|---|--|---|---|
| 5. الاسم والعنوان لمقدم الخدمة أو الجهة المطلوب منها الإفصاح عن المعلومات:   |  |   |  |   |   |
| 6. الاسم والعنوان للشخص أو الأشخاص الذين سيتم الكشف عن هذه المعلومات لهم:  |  |   |  |   |   |
| 7. الغرض من الإفصاح عن المعلومات:  |  |   |  |   |   |
| 8. ما لم أُلغِ التصريح قبل التاريخ المقرر، يجوز الإفصاح عن المعلومات المحددة أدناه اعتبارًا من _____ إدخال تاريخ البدء حتى _____ إدخال تاريخ أو حالة لانتهاء الصلاحية  |  |   |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> جميع المعلومات الصحية (المكتوبة والشفوية) باستثناء: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>إدراج ما يلي، قم بالإشارة إلى المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها والتوقيع بالأحرف الأولى أدناه.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> السجلات من برامج علاج إدمان الكحول/المخدرات</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> السجلات السريرية من برامج الصحة العقلية*</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز</td> </tr> </table> |  | إدراج ما يلي، قم بالإشارة إلى المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها والتوقيع بالأحرف الأولى أدناه. | <input type="checkbox"/> السجلات من برامج علاج إدمان الكحول/المخدرات | <input type="checkbox"/> السجلات السريرية من برامج الصحة العقلية* | <input type="checkbox"/> المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز |
| إدراج ما يلي، قم بالإشارة إلى المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها والتوقيع بالأحرف الأولى أدناه.  |  |   |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> السجلات من برامج علاج إدمان الكحول/المخدرات   |  |   |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> السجلات السريرية من برامج الصحة العقلية*  |  |   |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز  |  |   |  |   |   |
| 9. إذا كان الموقع ليس المريض، فاسم الشخص الموقع على النموذج:   | 10. التفويض بالتوقيع بالنيابة عن المريض: |   |  |   |   |

تم استكمال جميع البنود الموجودة في هذا النموذج، وتمت الإجابة عن أسئلتني حول هذا النموذج، وتم إعطائي نسخة منه.

|  |         |
|--|---------|
| توقيع المريض أو الممثل المفوض بموجب القانون  | التاريخ |
| توقيع/إقرار الشاهد لقد شهدتُ تنفيذ هذا التصريح وأذكر أنه تم تقديم نسخة من التصريح الموقع إلى المريض و/أو ممثل المريض المفوض. | التاريخ |
| الاسم واللقب للموظف  | التوقيع |

يمكن استخدام هذا النموذج كبديل عن النموذج DOH-2557 وقد تمت الموافقة عليه من قبل مكتب الصحة العقلية بولاية نيويورك (NYS Office of Mental Health) ومكتب خدمات إدمان الكحول وتعاطي المخدرات بولاية نيويورك (NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services) للسماح بنشر المعلومات الصحية. ومع ذلك، لا يتطلب هذا النموذج مقدمي الرعاية الصحية الإفصاح عن المعلومات الصحية. جميع المعلومات المتعلقة بالعلاج من إدمان الكحول/المخدرات والصحة العقلية والمعلومات السرية ذات الصلة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز التي يتم الإفصاح عنها بموجب هذا النموذج يجب أن تُرفق بها الإقرارات المطلوبة فيما يتعلق بحظر إعادة الكشف عن المعلومات.

\*ملاحظة: يجوز الإفصاح عن المعلومات الواردة في السجلات السريرية للصحة العقلية بموجب هذا التصريح للأطراف المحددة في هذا النموذج التي لديها حاجة واضحة إلى الحصول على هذه المعلومات، بشرط ألا يكون من المتوقع بشكل معقول أن يؤدي الكشف عنها إلى الإضرار بالمريض أو أي شخص آخر.