

التصريح بمشاركة هيئات الرعاية الصحية والموافقة على مشاركة المعلومات

التصريح بالمشاركة

1

أوافق، _____، أنا على المشاركة في برنامج هيئة الرعاية الصحية مع _____
الاسم المطبوع للمستفيد الاسم المطبوع لرئيس هيئة الرعاية الصحية

التاريخ

توقيع المستفيد أو الممثل القانوني للمستفيد

الموافقة على مشاركة المعلومات

2

معلوماتك الصحية خاصة ولا يمكن الكشف عنها لأي شخص آخر إلا بعد موافقتك أو إذا كانت قوانين ولاية واشنطن أو القوانين الاتحادية السارية تسمح بمشاركة المعلومات. ويجب على مقدمي الخدمة/ الشركاء الذين يمكنهم الحصول على معلوماتك الصحية والاطلاع عليها أن يلتزموا بكل هذه القوانين. وهذا ينطبق سواء كانت معلوماتك الصحية على نظام حاسوب أم كانت ورقية. وبالإضافة إلى القوانين التي تنطبق على كل هذه الأنواع من المعلومات الصحية، فهناك قوانين معينة توفر قدرًا أكبر من حماية المعلومات ذات الصلة بالأمراض المنقولة جنسيًا، وعلاج الصحة العقلية، واضطرابات تعاطي المخدرات.

أوافق على أنه يمكن لهيئة الرعاية الصحية الحصول على جميع معلوماتي الصحية من مقدمي الخدمة/ الشركاء المدرجين في هذا النموذج لتنسيق الرعاية. كما أوافق أيضًا على أنه يجوز لهيئة الرعاية الصحية ومقدمي الخدمة/ الشركاء المدرجين في هذا النموذج مشاركة معلوماتي الصحية مع بعضهم البعض، ومع مقدمي الخدمة/ الشركاء الآخرين المشاركين في إدارة الرعاية. وأفهم أن هذا النموذج يحل محل أية نماذج أخرى للتصريح بمشاركة هيئة الرعاية الصحية والموافقة على مشاركة المعلومات ربما قد وقعت عليها من قبل. ويمكنني تغيير رأبي وسحب موافقتي في أي وقت بالتوقيع على نموذج **مشاركة هيئة الرعاية الصحية - الانسحاب من/ رفض الخدمات** وتسليمه إلى هيئة الرعاية الصحية خاصتي.

يرجى ملاحظة: إذا كانت سجلاتك الصحية تتضمن أيًا من المعلومات التالية، فيجب عليك أيضًا استكمال هذا القسم لتضمن هذه السجلات. أمح تصريحني بالكشف عن المعلومات التي تخص (يرجى كتابة الأحرف الأولى بجوار كل ما ينطبق):

_____ الصحة العقلية _____ نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/ مرض نقص المناعة المكتسبة

(AIDS) والأمراض المنقولة جنسيًا (STD)، أو تشخيصها، أو علاجها

ملحوظة: للموافقة على الإفصاح عن المعلومات السرية الخاصة بالعلاج من تعاطي أو المخدرات، يجب استكمال نموذج الإفصاح عن المعلومات (ROI) لخدمات اضطرابات استخدام المواد (SUD).
يرجى التوقيع بالأحرف الأولى على الخيار المناسب أدناه.

هذه الموافقة سارية: _____ طالما أن هيئة الرعاية الصحية بحاجة إلى سجلاتي لغرض هذا البرنامج؛ أو

_____ حتى _____
التاريخ أو الحدث

يجوز لي إلغاء هذه الموافقة أو سحبها في أي وقت كتابة، ولكن هذا لن يؤثر على أية معلومات تمت مشاركتها بالفعل. وتوفر نسخة من هذا النموذج تصريحني بمشاركة السجلات.

تاريخ ميلاد المستفيد

الاسم المطبوع للمستفيد

التاريخ

توقيع المستفيد أو الممثل القانوني للمستفيد

علاقة الممثل القانوني بالمستفيد

الاسم المطبوع للممثل القانوني للمستفيد (حسب الاقتضاء)
اذكر أسماء مقدمي الخدمة/ الشركاء في صفحة رقم 2.

التفاصيل الخاصة بمشاركة معلومات المستفيد وعملية الموافقة:

1. كيف سيستخدم مقدمو الخدمة/ الشركاء معلوماتي؟

سيستخدم مقدمو الخدمة/ الشركاء معلوماتك الصحية لتنسيق الرعاية الصحية ومساعدتك على إدارتها.

2. ما مصدر معلوماتي الصحية؟

تستمد معلوماتك الصحية من الأماكن والأشخاص الذين منحوك الرعاية الصحية أو التأمين الصحي في الماضي. وهؤلاء قد يكون من بينهم المستشفيات، والأطباء، والصيديات، والمعامل، وخطط الصحة، وبرنامج واشنطن آبل هيلث (Medicaid)، والمجموعات الأخرى التي تشارك المعلومات الصحية. ويمكنك الحصول على قائمة بجميع الأماكن والأشخاص عن طريق الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك.

3. ما القوانين والقواعد التي تتناول الطريقة التي يمكن بها مشاركة معلوماتي الصحية؟

تشمل القوانين واللوائح التي تحمي معلوماتك الصحية الفصل رقم 70.02 من القانون المراجع لولاية واشنطن (RCW) في ولاية واشنطن، وقانون إخضاع التأمين الصحي للنقل والمسؤولية الاتحادي ("HIPAA") واللائحة الاتحادية رقم 42 من الجزء الثاني من قواعد اللوائح الاتحادية.

4. في حالة موافقتي، من يمكنه الحصول على معلوماتي والاطلاع عليها؟

يمكن الحصول على معلوماتك أو الاطلاع عليها من قبل مقدمي الخدمة/ الشركاء الذين توافق على أن يحصلوا على هذه المعلومات أو يطلعوا عليها. كما يمكن الحصول على المعلومات أو الاطلاع عليها عندما تسمح القوانين السارية بذلك. فعلى سبيل المثال، عندما تحصل على الرعاية من شخص لا يمثل طبيبك أو مقدم الخدمة المعتاد، مثل صيدلية أو مستشفى جديدة أو مقدم خدمة آخر، فيمكن إعطاؤهم بعض المعلومات، مثل الخدمات التي تدفع خطتك الصحية تكلفتها أو اسم مقدم خدمات هيئة الرعاية الصحية، أو يمكنهم الاطلاع على هذه المعلومات. وللحصول على مزيد من المعلومات حول من يمكنه الحصول على المعلومات، راجع إشعار ممارسات الخصوصية.

5. ماذا لو استخدم أحد الأشخاص المعلومات التي تخصني دون موافقتي على استخدامه لها؟

إذا كنت تعتقد أن ثمة شخص استخدم معلوماتك بصورة غير لائقة، يرجى الاتصال بمنسق حالتك أو اتصل بمركز خدمة عملاء المساعدة الطبية (MACSC) التابع لهيئة الرعاية الصحية على الرقم المجاني 1-800-562-3022 (خدمة تحويل الاتصالات: 711).

6. كيف لي أن أجري تغييرات على قائمة مقدمي الخدمة/ الشركاء في النموذج؟

يمكنك إضافة أسماء جديدة إلى القائمة في أي وقت عن طريق إضافة معلومات مقدمة الخدمة/ الشريك وملء أعمدة "مستفيد يمنح الموافقة" بجوار الإضافة. كما يمكنك حذف شخص ما لم تعد ترغب في إدراجه عن طريق ملء أعمدة "مستفيد يسحب الموافقة" بجوار مقدم الخدمة/ الشريك الذي أضفته في وقت سابق.

7. ماذا لو غيرت رأيي في وقت لاحق وأردت سحب موافقتي؟

يمكنك إلغاء موافقتك في أي وقت بالتوقيع على نموذج "مشاركة هيئة الرعاية الصحية - الانسحاب من/ رفض الخدمات" وإرساله إلى منسق الرعاية الخاص بك. ويمكنك الحصول على هذا النموذج عبر الإنترنت من خلال الاتصال بمركز خدمة عملاء المساعدة الطبية (MACSC) التابع لهيئة الرعاية الصحية على الرقم المجاني 1-800-562-3022 (خدمة ترحيل الاتصالات: 711). وسيساعدك منسق الرعاية على تعبئة هذا النموذج إن أردت ذلك.

ملحوظة: إذا قررت إلغاء الموافقة، فلا يجب على مقدمي الخدمة الذين حصلوا على معلوماتك بالفعل أن يعيدوا إليك هذه المعلومات مرة أخرى أو أن يحذفوها من سجلاتهم.

8. متى أحصل على نسخة من نموذج "التصريح بمشاركة هيئة الرعاية الصحية والموافقة على مشاركة المعلومات"؟

يمكنك الحصول على نسخة من هذا النموذج بعد توقيعك عليه.