

مجوز مشارکت در برنامه خانه بهداشت و رضایت برای اشتراک‌گذاری اطلاعات

مجوز مشارکت

1

من، _____، با مشارکت در برنامه خانه بهداشت موافقت می‌کنم. نام مدیر خانه بهداشت را با حروف بزرگ و خوانا بنویسید

تاریخ

امضای ذینفع یا نماینده قانونی ذینفع

رضایت برای اشتراک‌گذاری اطلاعات

2

اطلاعات بهداشتی شما خصوصی است و نمی‌توان آن را در اختیار افراد دیگر قرار داد، مگر اینکه شما موافقت کنید یا قوانین مربوطه ایالت واشنگتن یا فدرال اجازه اشتراک‌گذاری اطلاعات را بدهد. ارائه‌دهندگان/همکارانی که می‌توانند اطلاعات بهداشتی شما را دریافت و مشاهده کنند باید از همه این قوانین پیروی نمایند. این اصل در مواردی که اطلاعات بهداشتی شما روی یک سیستم کامپیوتری یا روی کاغذ است هم صدق می‌کند. علاوه بر قوانینی که در مورد انواع اطلاعات بهداشتی اعمال می‌شود، قوانینی خاص از اطلاعات مربوط به بیماری‌های مقاربتی، درمان بیماری‌های روانی، و اختلال مصرف مواد محافظت بیشتری به عمل می‌آورند.

اینجانب موافقت می‌کنم که خانه بهداشت من می‌تواند تمام اطلاعات بهداشتی من را از ارائه‌دهندگان/همکاران فهرست شده در این فرم برای هماهنگی مراقبت‌های من دریافت کند. همچنین، موافقت می‌کنم که خانه بهداشت و ارائه‌دهندگان/همکاران فهرست‌شده در این فرم می‌توانند اطلاعات بهداشتی من را با یکدیگر و سایر ارائه‌دهندگان/همکارانی که در مدیریت مراقبت‌های من دخیل هستند، به اشتراک بگذارند. من می‌دانم که این فرم جایگزین سایر فرم‌های مجوز مشارکت در برنامه خانه بهداشت و رضایت اشتراک‌گذاری اطلاعات می‌شود که ممکن است قبلاً امضا کرده باشم. من می‌توانم نظر خود را تغییر دهم و هر زمان که مایل باشم با امضای یک فرم **انصراف از مشارکت در برنامه‌های خانه بهداشت/عدم پذیرش خدمات (Health Home Participation-Opt-Out/Decline Services)** و تحویل آن به خانه بهداشت، رضایت خود را پس بگیرم.

لطفاً توجه داشته باشید: اگر سوابق سلامتی شما شامل هر یک از اطلاعات زیر است، باید این بخش را نیز تکمیل کنید تا این سوابق هم درج شود.

من اجازه می‌دهم اطلاعاتی را درباره (لطفاً حروف اول نام و نام خانوادگی) (امضای) خود را در کنار همه موارد مربوطه درج نمایید) افشا کنید:

بهداشت روانی _____ نتایج آزمایش، تشخیص، یا درمان HIV/AIDS و STD

توجه: جهت اعلام رضایت برای انتشار اطلاعات محرمانه مربوط به درمان اعتیاد به الکل یا مواد مخدر، باید یک فرم جداگانه **اطلاعات (ROI) ویژه خدمات مربوط به اختلال مصرف مواد (SUD) Services (Information ROI) for Substance Use Disorder (SUD)** را تکمیل کنید.

لطفاً امضای خود را کنار گزینه مربوطه در ذیل درج کنید:

این رضایت معتبر است: _____ تا زمانی که خانه بهداشت من به سوابق من برای این برنامه نیاز دارد؛ یا

_____ تا _____
تاریخ یا رویداد

من می‌توانم هر زمان که بخواهم این رضایت را به صورت کتبی لغو کنم یا پس بگیرم، اما این روی اطلاعاتی که قبلاً به اشتراک گذاشته شده تأثیری نخواهد داشت. یک نسخه از این فرم اجازه من برای اشتراک‌گذاری سوابق را ارائه می‌دهد.

تاریخ تولد ذینفع

نام ذینفع را با حروف بزرگ و خوانا بنویسید

تاریخ

امضای ذینفع یا نماینده قانونی ذینفع

رابطه نماینده قانونی با ذینفع

نام نماینده قانونی (در صورت وجود) را با حروف بزرگ و خوانا بنویسید
نام ارائه‌دهندگان/والدین خود را در صفحه دو درج کنید.

ذینفع رضایت خود را پس می‌گیرد		ذینفع رضایت می‌دهد		نام ارائه‌دهندگان/همکاران شرکت کننده را درج کنید
امضا	تاریخ (م/م/رر/ س س س س)	امضا	تاریخ (م/م/رر/ س س س س)	
				سازمان هماهنگی مراقبت‌های گذشته (CCO)/مدیر
				مدیر قبلی/CCO

امضای هماهنگ‌کننده مراقبت‌ها	نام هماهنگ‌کننده مراقبت‌ها	تاریخ بررسی رضایت سالانه (م/م/رر/س س س س)

این فرم انتشار اطلاعات باید حاوی صفحه 1 از فرم مجوز مشارکت در برنامه خانه بهداشت و رضایت برای اشتراک‌گذاری اطلاعات باشد تا بتوان اجازه قانونی را جهت افشای اطلاعات برای ذینفع فوق صادر کرد.

جزئیات مربوط به فرآیند اشتراک‌گذاری اطلاعات و رضایت ذینفع:

- 1. ارائه‌دهندگان/همکاران چگونه از اطلاعات من استفاده خواهند کرد؟**

ارائه‌دهندگان/همکاران از اطلاعات بهداشتی شما برای هماهنگی و کمک به مدیریت مراقبت‌های بهداشتی شما استفاده خواهند کرد.
 - 2. اطلاعات بهداشتی من از کجا می‌آید؟**

اطلاعات بهداشتی شما از مکان‌ها و افرادی می‌آید که در گذشته به شما خدمات درمانی یا بیمه درمانی داده‌اند. اینها ممکن است شامل بیمارستان‌ها، پزشکان، داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها، برنامه‌های بهداشتی، برنامه Apple Health و واشنگتن (Medicaid)، و سایر گروه‌هایی باشد که اطلاعات بهداشتی را به اشتراک می‌گذارند. طی تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های خود، می‌توانید فهرستی از همه مکان‌ها و افراد را دریافت کنید.
 - 3. چه قوانین و مقرراتی بر نحوه اشتراک‌گذاری اطلاعات بهداشتی من ناظر است؟**

قوانین و مقرراتی که از اطلاعات بهداشتی شما محافظت می‌کند شامل فصل 70.02 RCW در قانون واشنگتن، قانون انتقال و پاس‌گویی بیمه سلامت فدرال («HIPAA») و مقررات فدرال CFR 42 قسمت 2 است.
 - 4. در صورت موافقت، چه کسی می‌تواند اطلاعات من را دریافت کند و ببیند؟**

اطلاعات شما ممکن است توسط ارائه‌دهندگان/همکارانی دریافت یا مشاهده شود که شما موافقت می‌کنید آنها را دریافت کرده و ببینند. همچنین، زمانی که قوانین مربوطه اجازه بدهند، اطلاعات را می‌توان دریافت یا مشاهده کرد. برای مثال، هنگامی که از شخصی مراقبت‌ها را دریافت می‌کنید که پزشک یا ارائه‌دهنده معمول شما نیست، مانند یک داروخانه جدید، بیمارستان، یا ارائه‌دهنده دیگر، برخی اطلاعات مانند هزینه‌های طرح سلامت یا نام ارائه‌دهنده خانه بهداشت شما ممکن است به آنها داده شود یا توسط آنها دیده شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد افرادی که می‌توانند اطلاعات را دریافت کنند، به اعلان رویه حفظ حریم خصوصی ما مراجعه کنید.
 - 5. اگر شخصی از اطلاعات من استفاده کند و من موافقت نکرده باشم که از آنها استفاده کند، چگونه؟**

اگر فکر می‌کنید شخصی از اطلاعات شما به نحوی نامناسب استفاده کرده، با هماهنگ‌کننده پرونده‌تان تماس بگیرید یا با خط تلفن رایگان مرکز خدمات مشتریان کمک پزشکی HCA (MACSC) به شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.
 - 6. چگونه می‌توانم تغییراتی را در فهرست ارائه‌دهندگان / همکاران موجود در فرم ایجاد کنم؟**

می‌توانید با افزودن اطلاعات ارائه‌دهنده/همکار و پر کردن ستون‌های «ذینفع رضایت می‌دهد» در کنار موارد اضافی، نام‌های جدیدی را به فهرست اضافه کنید. می‌توانید با پر کردن ستون‌های «ذینفع رضایت خود را پس می‌گیرد» در کنار نام ارائه‌دهنده/همکار که قبلاً اضافه شده است، فردی که دیگر نمی‌خواهید در فهرست باشد را حذف کنید.
 - 7. اگر بعداً نظرم تغییر کند و بخواهم رضایتم را پس بگیرم، چگونه؟**

می‌توانید هر زمان که مایل باشید با امضای فرم انصراف از مشارکت در برنامه‌های خانه بهداشت/عدم پذیرش خدمات (Health Home Participation-Opt-Out/Decline Services) و تحویل آن به هماهنگ‌کننده مراقبت‌ها، رضایت خود را پس بگیرید. می‌توانید این فرم را به صورت آنلاین یا از طریق تماس با خط تلفن رایگان مرکز خدمات مشتریان کمک پزشکی HCA (MACSC) به شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) دریافت کنید. اگر بخواهید، هماهنگ‌کننده مراقبت‌ها به شما در پر کردن این فرم کمک می‌کند.
- توجه:** اگر تصمیم دارید رضایت خود را لغو کنید، ارائه‌دهندگانی که قبلاً اطلاعات شما را دارند مجبور نیستند اطلاعات شما را به شما پس بدهند یا آنها را از سوابق خود حذف کنند.
- 8. چه زمانی می‌توانم یک نسخه از این مجوز مشارکت در برنامه بهداشت و رضایت برای اشتراک‌گذاری اطلاعات را دریافت کنم؟**

پس از امضای فرم، می‌توانید یک نسخه از آن داشته باشید.