



New York State Department of Health
(دائرة الصحة بولاية نيويورك)

تفويض للحصول على معلومات المريض/العضو من خلال Health Information Exchange Organization

اسم المريض/العضو	تاريخ الميلاد	رقم معرف المريض/العضو
عنوان المريض/العضو		

أطلب الحصول على المعلومات الصحية المتعلقة برعايتي وعلاجي كما هو موضح في هذا النموذج. يمكنني اختيار السماح أو عدم السماح لخدمة الممرضات الزائرة لمقدمي خدمات الرعاية الصحية وخطط التأمين الصحي في نيويورك بالحصول على إمكانية الوصول إلى سجلاتي الطبية من خلال منظمات تبادل المعلومات الصحية المسماة Bronx RHIO و Healthix و NYCIG. يُشار إلى مقدمي خدمات الرعاية الصحية الذين يُطلق عليهم اسم Visiting Nurse Service of New York Home Care، و VNSNY Hospice and Palliative Care، و Partners in Care، و VNSNY CHOICE، بالإضافة إلى خطط تأمين الرعاية الصحية ضمن VNSNY CHOICE، بشكل جماعي في هذا النموذج باسم "VNSNY". إذا منحت الموافقة، فيمكن الحصول على سجلاتي الطبية من الأماكن المختلفة التي أتلقى منها الرعاية الصحية باستخدام شبكة كمبيوتر على مستوى الولاية. إن Bronx RHIO و Healthix و NYCIG هي منظمة غير ربحية تشارك معلومات حول صحة الأشخاص إلكترونياً وتفي بمعايير الخصوصية والأمان لقانون HIPAA وقانون ولاية نيويورك. لمعرفة المزيد قم بزيارة مواقع الويب الخاصة بهم على:

- BronxRHIO.org
- Healthix.org
- NYCIG.org

لن يؤثر خيارتي في هذا النموذج على قدرتي على الحصول على الرعاية الطبية. لا يسمح الخيار الذي أتخذه في هذا النموذج لشركات التأمين الصحي بالحصول على معلوماتي بغرض تقرير ما إذا كنت ستوفر لي تغطية التأمين الصحي أو سداد فواتيري الطبية.

<input type="checkbox"/> اختيار موافقتي. حدد مربع واحد على يسار اختياري. يمكنني تعبئة هذا النموذج الآن أو في المستقبل. يمكنني أيضاً تغيير قراري في أي وقت من خلال إكمال تعبئة نموذج جديد.
<input type="checkbox"/> 1. أُمح الموافقة لـ Visiting Nurse Service of New York للحصول على جميع معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال Bronx RHIO و Healthix و NYCIG لتقديم الرعاية الصحية.
<input type="checkbox"/> 2. أرفض منح الموافقة لـ Visiting Nurse Service of New York للحصول على معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال Bronx RHIO و Healthix و NYCIG لأي غرض.

إذا كنت أرغب في رفض منح الموافقة لجميع مؤسسات مقدمي الخدمات والخطط الصحية المشاركة في Bronx RHIO و/أو Healthix و/أو NYCIG للحصول على معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال Bronx RHIO و/أو Healthix و/أو NYCIG، فيمكنني القيام بذلك عن طريق زيارة المواقع الإلكترونية الخاصة بهم أو الاتصال بهم مباشرة:

- BronxRHIO.org (718) 708-6630
- Healthix.org (877) 695-4749
- NYCIG.org (631) 250-9191

تم الرد على أسئلتي حول هذا النموذج وقد تم تزويدي بنسخة من هذا النموذج.

توقيع المريض/العضو أو الممثل القانوني للمريض/العضو	التاريخ
اسم الممثل القانوني بأحرف واضحة (إذا كان ذلك منطبقاً)	علاقة الممثل القانوني بالمريض/العضو (إذا كان ذلك منطبقاً)

تفاصيل حول المعلومات التي تم الحصول عليها من خلال Bronx RHIO و Healthix و NYCIG وعملية الموافقة:

1. كيف يمكن استخدام معلوماتك. سيتم استخدام معلوماتك الصحية الإلكترونية فقط لخدمات الرعاية الصحية التالية:
 - خدمات العلاج. تزويدك بالعلاج الطبي والخدمات ذات الصلة.
 - التحقق من أهلية التأمين. تحقق مما إذا كان لديك تأمين صحي وما يغطيه.
 - أنشطة إدارة الرعاية. يتضمن ذلك مساعدتك في الحصول على الرعاية الطبية المناسبة، وتحسين جودة الخدمات المقدمة لك، وتنسيق توفير خدمات الرعاية الصحية المتعددة المقدمة لك، أو دعمك في اتباع خطة الرعاية الطبية.
 - أنشطة تحسين الجودة. تقييم وتحسين جودة الرعاية الطبية المقدمة لك ولجميع المرضى.
2. ما أنواع المعلومات التي يتم تضمينها عنك. إذا أعطيت الموافقة، فقد تحصل منظمة (منظمات) مقدمي الخدمات و/أو خطة (خطط) الصحية المدرجة إلى جميع معلوماتك الصحية الإلكترونية المتاحة من خلال Bronx RHIO و Healthix و NYCIG. يتضمن هذا المعلومات التي تم إنشاؤها قبل وبعد تاريخ توقيع هذا النموذج. قد تتضمن سجلاتك الصحية تاريخاً من الأمراض أو الإصابات التي تعرضت لها (مثل مرض السكري أو كسر في العظام)، ونتائج الاختبارات (مثل الأشعة السينية أو اختبارات الدم)، وقوائم الأدوية التي تناولتها. قد تتضمن هذه المعلومات حالات صحية حساسة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:
 - الوضع المعيشي
 - الدعمات الاجتماعية
 - بيانات مواجهة المطالبات
 - فحوصات المختبر
 - سجل الصدمات النفسية
 - سجل مطالبات التأمين الصحي
 - الأدوية والجرعات
 - معلومات التشخيص
 - الحساسية
 - ملخصات سجل استخدام المواد
 - ملاحظات سريرية
 - ملخص الخروج من المستشفى
 - معلومات التوظيف
 - مشاكل متعلقة بشرب الكحول أو تعاطي المخدرات
 - تحديد النسل والإجهاض (تنظيم الأسرة)
 - الأمراض أو الاختبارات الجينية (الموروثة)
 - فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
 - حالات الصحة العقلية
 - الأمراض المنقولة جنسياً
3. من أين تأتي المعلومات الصحية عنك. تأتي المعلومات الخاصة بك من الأماكن التي وفرت لك الرعاية الطبية أو التأمين الصحي. قد تشمل هذه المستشفيات والأطباء والصيدليات والمختبرات السريرية وشركات التأمين الصحي وبرنامج Medicaid والمنظمات الأخرى التي تتبادل المعلومات الصحية إلكترونياً. تتوفر قائمة حالية كاملة من Bronx RHIO و Healthix و NYCIG. يمكنك الحصول على قائمة محدثة في أي وقت عن طريق التحقق من مواقع الويب الخاصة بهم أو الاتصال بهم مباشرة.
 - BronxRHIO.org 708-6630 (718)
 - Healthix.org 695-4749 (877)
 - NYCIG.org 250-9191 (631)
4. من يمكنه الحصول على معلومات عنك، إذا أعطيت الموافقة. فقط الأطباء والموظفون الآخرون في المنظمة (المنظمات) التي منحت الموافقة لها على الحصول على المعلومات والذين يقومون بالأنشطة المسموح بها بموجب هذا النموذج كما هو موضح أعلاه في الفقرة الأولى.
5. الوصول إلى Public Health and Organ Procurement Organization. يتم تفويض وكالات الصحة العامة الفيدرالية أو الحكومية أو المحلية وبعض منظمات شراء الأعضاء بموجب القانون للوصول إلى المعلومات الصحية دون موافقة المريض لأغراض معينة تتعلق بالصحة العامة وزراعة الأعضاء. قد تصل هذه الكيانات إلى معلوماتك من خلال Bronx RHIO و Healthix و NYCIG لهذه الأغراض بغض النظر عما إذا كنت تمنح الموافقة أو ترفض منح الموافقة أو لم تبعاً نموذج الموافقة.
6. عقوبات الحصول على المعلومات أو استخدامها بالشكل غير السليم. توجد عقوبات بشأن الحصول على المعلومات بالشكل الغير سليم إلى معلوماتك الصحية الإلكترونية أو استخدامها. إذا كنت تشك في أي وقت في أن شخصاً ما كان يجب ألا يرى معلومات عنك أو يحصل عليها قد فعل ذلك، فاتصل بـ Visiting Nurse Service of New York على الرقم 290-4773 (212)؛ أو قم بزيارة مواقع Bronx RHIO و/أو Healthix و/أو NYCIG الإلكترونية المدرجة أعلاه؛ أو اتصل بـ NYS Department of Health على الرقم 474-5423 (518)؛ أو اتبع عملية الشكوى للمكتب الاتحادي للحقوق المدنية من خلال الرابط التالي: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>
7. إعادة الإفصاح عن المعلومات. يجوز لأي منظمة (منظمات) قد منحت الموافقة لها للحصول على المعلومات الصحية الخاصة بك إعادة الإفصاح عن معلوماتك الصحية، ولكن فقط إلى الحد الذي تسمح به القوانين واللوائح الخاصة بالولاية والقوانين الفيدرالية. لا يجوز الحصول على المعلومات المتعلقة بعلاج الكحول/المخدرات أو المعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية ويجوز إعادة الإفصاح عنها إلا في حالة كانت مصحوبة بالبيانات المطلوبة بشأن حظر إعادة الإفصاح.
8. مدة السريان. سيظل نموذج الموافقة هذا ساري المفعول حتى اليوم الذي تقوم فيه بتغيير اختيار الموافقة الخاص بك أو إلى أن تتوقف Bronx RHIO و/أو Healthix و/أو NYCIG عن العمل (أو حتى 50 عاماً بعد وفاته، أيهما يحدث أولاً) إذا اندمجت Bronx RHIO و/أو Healthix و/أو NYCIG مع كيان مؤهل آخر، فستظل خيارات الموافقة الخاصة بك سارية مع الكيان المدمج حديثاً.
9. تغيير اختيار موافقتك. يمكنك تغيير خيار الموافقة الخاص بك في أي وقت ولأي منظمة مقدمة للخدمات أو خطة صحية من خلال تقديم نموذج موافقة جديد يتضمن اختيارك الجديد. قد تقوم المنظمات التي تحصل على معلوماتك الصحية من خلال Bronx RHIO و/أو Healthix و/أو NYCIG أثناء سريان موافقتك بنسخ معلوماتك أو تضمينها في سجلاتهم الطبية. حتى إذا قررت لاحقاً تغيير قرار الموافقة الخاص بك، فليس مطلوباً منهم إعادة معلوماتك أو إزالتها من سجلاتهم.
10. نسخة من النموذج. يحق لك الحصول على نسخة من نموذج الموافقة هذا.