



التفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية بموجب قانون HIPAA
[تمت الموافقة على هذا النموذج من قبل دائرة الصحة في ولاية نيويورك]

اسم المريض	تاريخ الولادة	رقم الضمان الاجتماعي
عنوان المريض		

- أطلب أنا أو ممثلي المخول الإفصاح عن المعلومات الصحية المتعلقة برعايتي وعلاجي، كما هو موضح في هذا النموذج: وفقاً لقانون ولاية نيويورك وقاعدة الخصوصية لقانون التأمين الصحي للمساءلة والتأمين لعام 1996 (HIPAA)، إنني أفهم ما يلي:
1. قد يتضمن هذا التفويض الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بتناول الكحول وتعاطي المخدرات، وعلاج الصحة العقلية، باستثناء ملاحظات العلاج النفسي، والمعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية* فقط في حال كُتبت الأحرف الأولى من اسمي على السطر المناسب في البند 9 (أ). في حالة احتواء المعلومات الصحية الموضحة أدناه على أي من هذه الأنواع من المعلومات، وقمت بكتابة الأحرف الأولى من اسمك في السطر الموجود في المربع في البند 9 (أ)، فأنا أفوض على وجه التحديد بإفصاح عن هذه المعلومات إلى الشخص (الأشخاص) المشار إليهم في البند 8.
 2. إذا كنت أفوض بالإفصاح عن معلومات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية أو العلاج بالكحول أو المخدرات أو علاج الصحة العقلية، يُحظر على المستلم إعادة الإفصاح عن هذه المعلومات دون إذن مني ما لم يُسمح له بذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية. أفهم أن لدي الحق في طلب قائمة بالأشخاص الذين قد يتلقون أو يستخدموا معلوماتي المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية دون إذن. إذا تعرضت للتمييز بسبب الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية أو الكشف عنها، فيمكنني الاتصال بقسم حقوق الإنسان بولاية نيويورك على الرقم 2493-480 (212) أو لجنة مدينة نيويورك لحقوق الإنسان على الرقم 306-7450 (212). فإن هذه الوكالات مسؤولة عن حماية حقوقي.
 3. لدي الحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق الكتابة إلى مقدم الرعاية الصحية المذكور أدناه. أفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا التفويض ما عدا الذي تم فيه اتخاذ إجراء بناءً على هذا التفويض.
 4. أفهم أن التوقيع على هذا التفويض هو أمر طوعي. لن يكون علاجي أو مدفوعاتي أو تسجيلي في خطة صحية أو أهليتي للحصول على المزايا مشروطة بتفويض مني بهذا الإفصاح.
 5. قد يعيد المستلم الإفصاح عن المعلومات التي تم الكشف عنها بموجب هذا التفويض (باستثناء ما هو مذكور أعلاه في البند 2)، وقد لا تكون إعادة الإفصاح هذه محمية بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.
 6. لا يسمح لك هذا التفويض بمناقشة المعلومات الصحية أو الرعاية الطبية الخاصة بي مع أي شخص آخر غير الوكيل أو الوكالة الحكومية المحددة في البند 9 (ب).

7. اسم وعنوان مقدم الرعاية الصحية أو الكيان المصرح له بالإفصاح عن هذه المعلومات:	
8. اسم وعنوان الشخص (الأشخاص) أو فئة الشخص الذي سيتم إرسال هذه المعلومات إليه:	
9 (أ). معلومات محددة سيتم الإفصاح عنها:	
<input type="checkbox"/>	السجل الطبي من (أدخل التاريخ) إلى (أدخل التاريخ)
<input type="checkbox"/>	السجل الطبي الكامل، بما في ذلك تاريخ الطبي للمريض، وملاحظات العيادة (باستثناء ملاحظات العلاج النفسي)، ونتائج الفحوصات، ودراسات الأشعة والأفلام والإحالات والاستشارات وسجلات الفواتير وسجلات التأمين والسجلات المرسله إليك من قبل مقدمي الرعاية الصحية الآخرين.
<input type="checkbox"/>	غير ذلك: _____
<input type="checkbox"/>	يتضمن: (يرجى وضع الأحرف الأولى من اسمك) _____
<input type="checkbox"/>	علاج إدمان الكحول/المخدرات _____
<input type="checkbox"/>	معلومات الصحة العقلية _____
<input type="checkbox"/>	المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة _____
التفويض لمناقشة المعلومات الصحية البشرية	
<input type="checkbox"/>	(ب) من خلال كتابة الأحرف الأولى من اسمي هنا _____ أخول _____
اسم مقدم الرعاية الصحية الفردي	
الأحرف الأولى من الاسم	
لمناقشة معلوماتي الصحية مع الوكيل أو وكالة حكومية مدرجة هنا:	
(اسم الوكيل/ الكيان أو اسم الوكالة الحكومية)	
10. سبب الإفصاح عن المعلومات:	11. التاريخ أو الحدث الذي سنتهي فيه صلاحية هذا التفويض:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. إذا لم يكن المريض، اسم الشخص الذي قام بالتوقيع على الاستمارة:	13. المخول بالتوقيع نيابة عن المريض:

تم تعبئة جميع البنود الموجودة في هذا النموذج وتم الرد على أسئلتني حول هذا النموذج. بالإضافة إلى ذلك، تم تزويدي بنسخة من النموذج.

التاريخ: _____

توقيع المريض أو الممثل المخول بموجب القانون.

* فيروس نقص المناعة البشرية المسبب لمرض الإيدز. يحمي قانون الصحة العامة لولاية نيويورك المعلومات التي يمكن أن تحدد بشكل معقول شخصاً يعاني من أعراض فيروس نقص المناعة البشرية أو العدوى والمعلومات المتعلقة بجهات الاتصال الخاصة به.