NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
(دائرة الصحة بولاية نيويورك)

التفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية (بما في ذلك معلومات عن علاج الكحول/المخدرات والصحة العقلية) والمعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

اسم المريض	تاريخ الميلاد	رقم معرّف المريض
عنوان المريض		

أطلب أنا أو ممثلي المفوض الإفصاح عن المعلومات الصحية المتعلقة برعايتي **وعلاجي** على النحو المبين في هذا النموذج. أدرك:

1. قد يشمل هذا التفويض الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بعلاج الكحول والمخدرات، وعلاج الصحة العقلية، والمعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز فقط في حال كتابة الأحرف الأولى من اسمي على السطر المناسب في البند 8. في حالة احتواء المعلومات الصحية الموضحة أدناه على أي من هذه الأنواع من المعلومات، وكتبت الأحرف الأولى من اسمي في السطر الموجود في المربع في البند 8، فأنا أصرح على وجه التحديد بإصدار هذه المعلومات إلى الشخص (الأشخاص) المشار إليهم في البند 6.
2. مع بعض الاستثناءات، قد يعيد متلقي المعلومات الإفصاح عن المعلومات الصحية بمجرد الإفصاح عنها. إذا كنت أفوض بالإفصاح عن معلومات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو علاج إدمان الكحول أو المخدرات أو علاج الصحة العقلية، يُحظر على المتلقي إعادة الإفصاح عن هذه المعلومات أو استخدام المعلومات التي تم الإفصاح عنها لأي غرض آخر دون إذن مني ما لم يُسمح بذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية. إذا تعرضت للتمييز بسبب الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز أو الكشف عنها، فيمكنني الاتصال ب New York State Division of Human Rights (قسم حقوق الإنسان بولاية نيويورك) على الرقم 1-888-392-3644. إن هذه الوكالة مسؤولة عن حماية حقوقي.
3. لدي الحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق الكتابة إلى مقدم الخدمة المذكور أدناه في البند 5. أدرك أنه يجوز لي إلغاء هذا التفويض ما عدا الأمر الذي تم فيه بالفعل اتخاذ إجراء بناءً على هذا التفويض.
4. إن التوقيع على هذا التفويض هو أمر طوعي. أدرك بشكل عام أن علاجي أو مدفوعاتي أو تسجيلي في خطة صحية أو أهليتي للحصول على المزايا لن يكون مشروطًا بتفويض مني بهذا الإفصاح. ومع ذلك، أدرك أنه قد يتم رفضي من العلاج في بعض الظروف إذا لم أوقع على هذه الموافقة.

5. اسم وعنوان مقدم الرعاية أو الكيان للإفصاح عن هذه المعلومات:

6. اسم وعنوان الشخص (الأشخاص) الذي سيتم الإفصاح له عن هذه المعلومات:

7. الغرض من الإفصاح عن المعلومات:

8. قد يتم الإفصاح عن المعلومات المحددة أدناه من تاريخ: _____ (أدخل تاريخ البدء) إلى _____ (أدخل تاريخ انتهاء الصلاحية أو الحدث)، ما لم أبطل ذلك مسبقًا

☐ جميع المعلومات الصحية (مكتوبة وشفوية)، باستثناء: أدخل

لإدراج ما يلي، يُرجى الإشارة إلى المعلومات المحددة التي سيتم الإفصاح عنها والأحرف الأولى من الإسم أدناه.	المعلومات التي سيتم الإفصاح عنها	الأحرف الأولى من الإسم
☐ سجلات من برامج علاج الكحول/المخدرات		
☐ السجلات السريرية من برامج الصحة النفسية *		
☐ المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز		

9. إذا لم يكن المريض، اذكر اسم الشخص الذي قام بالتوقيع على الاستمارة:

10. الجهة المخولة بالتوقيع نيابة عن المريض:

تم إكمال جميع البنود الموجودة في هذا النموذج، وتمت الإجابة على أسئلتي حول هذا النموذج وتم تزويدي بنسخة من النموذج.

توقيع المريض أو الممثل المفوض بموجب القانون _____ التاريخ _____

توقيع/بيان الشاهد: أشهد على تنفيذ هذا التفويض وأعلن أنه تم تقديم نسخة من التفويض الموقع إلى المريض و/ أو الممثل المعتمد من قبل المريض.

اسم الموظف والمسمى الوظيفي _____ التوقيع _____ التاريخ _____

يمكن استخدام هذا النموذج بدلاً من DOH-2557 وقد تمت الموافقة عليه من قبل NYS Office of Mental Health (مكتب نيويورك للصحة العقلية) وNYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services (مكتب نيويورك لخدمات إدمان الكحول وإدمان المواد) للسماح بالإفصاح عن المعلومات الصحية. ومع ذلك، لا يتطلب هذا النموذج من مقدمي الرعاية الصحية الإفصاح عن المعلومات الصحية. يجب أن تكون المعلومات المتعلقة بعلاج الكحول/ المخدرات أو المعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية الصادرة من خلال هذا النموذج مصحوبة بالبيانات المطلوبة بشأن حظر إعادة الإفصاح.

* ملاحظة: قد يتم الإفصاح عن المعلومات من السجلات السريرية للصحة العقلية بموجب هذا التفويض للأطراف المحددة هنا والذين لديهم حاجة واضحة للمعلومات، بشرط ألا يُتوقع بشكل معقول أن يكون الإفصاح يضر بالمريض أو بشخص آخر.