NEW YORK CITY DEPARTMENT OF
HEALTH AND MENTAL HYGIENE

تصريح بالموافقة على الإفصاح عن المعلومات الصحية

اسم المريض(ة)	تاريخ الميلاد	رقم التعريف المدرسي للتلميذ(ة) المريض(ة)/ (OSIS)
عنوان المريض(ة)		

أطلب أنا، أو ممثلي القانوني، الافصاح عن المعلومات الصحية الخاصة برعايتي وعلاجي كما هو موضح في هذه الاستمارة: بالتوافق مع قانون ولاية نيويورك وقاعدة الخصوصية لقانون المحاسبة والمسئولية الخاص بالتأمين الصحي لعام 1996 (HIPAA)، وأدرك ما يلي:

1. هذا التفويض يتضمن الإفصاح عن معلومات متعلقة بإدمان **الكحول والمخدرات**، و**علاجات الصحة العقلية**، فيما عدا الإشعارات الخاصة بالعلاج النفسي، و**معلومات سرية خاصة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (*(HIV/AIDS**، فقط إذا قمتُ بالتوقيع بالأحرف الأولى على السطور المناسبة في البند 7. في حال ما إذا كانت المعلومات الصحية الموصوفة أدناه تحتوي على أي من نوعيات تلك المعلومات، وقمت أنا بالتوقيع بالأحرف الأولى في مربع بالبند 7، فإنني أقر بتفويضي للإفصاح تحديداً عن تلك المعلومات لإدارة الصحة والسلامة العقلية العقلية لمدينة نيويورك ("DOHMH") وإدارة التعليم لمدينة نيويورك ("DOE")، التي تقوم بإدارة مكتب الصحة المدرسية بالشراكة.
2. إذا كنت أصرّح بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS)، أو العلاج من الكحول أو المخدرات، أو المعلومات الخاصة بعلاج الصحة والعقلية، فإنّه لا يُسمح لإدارة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك (DOHMH) بإعادة الإفصاح عنها دون الحصول على تفويض مني بذلك، إلا إذا كان ذلك مسموحاً به بموجب القوانين الفيدرالية وقانون الولاية. وأدرك انه لي الحق في طلب قائمة بأسماء الأشخاص الذين قد يتلقون أو يستخدمون معلوماتي الصحية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS) بدون تصريح. إذا تعرضت للتمييز بسبب الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS)، يمكنني الاتصال بشعبة حقوق الإنسان بولاية نيويورك على رقم الهاتف 392-3644 (888) أو لجنة مدينة نيويورك لحقوق الإنسان على رقم الهاتف 306-7450 (212). هذه الوكالات مسؤولة عن حماية حقوقي.
3. أتمتع بالحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق الكتابة إلى مقدمي الرعاية الصحية الذين صرحت لهم بالإفصاح عن معلوماتي. أعلم أنه يمكنني إلغاء هذا التفويض فيما عدا القرارات التي تم اتخاذها بالفعل بناء على هذا التفويض.
4. أفهم أن التوقيع على هذا التفويض هو تطوعي. إن علاجي ومدفوعاتي وتسجيلي في خطة للرعاية الصحية أو أهليتي للمزايا لن تكون مشروطة بتفويضي هذا للإفصاح عن المعلومات.
5. المعلومات المفصح عنها بموجب هذا التفويض يمكن إعادة الإفصاح عنها بواسطة إدارة الصحة البدنية والصحة العقلية (DOHMH) أو إدارة التعليم (إلا فيما ذكر أعلاه تحت البند 2)، وإعادة الإفصاح هذه قد لا تكون محمية بواسطة القوانين الفيدرالية وقانون الولاية.
6. **أخوّل جميع مقدمي الخدمات الصحية بالإفصاح عن المعلومات إلى إدارة الصحة والسلامة العقلية لمدينة نيويورك وإدارة التعليم لمدينة نيويورك، ومناقشتها معهما.**

7. المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها ومناقشتها:
كامل المعلومات الصحية (التحريرية والشفوية)، بما في ذلك تاريخ المريض، وإشعارات العيادة (فيما عدا الإشعارات الخاصة بالعلاج النفسي)، ونتائج التحاليل، وفحوصات الأشعة، وصور الأشعة، والإحالات، والاستشارات، وسجلات الفوترة، وسجلات التأمين، والسجلات التي تم ارسالها إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بواسطة مقدمي رعاية صحية آخرين.
بالنسبة للمرضى الذين يعانون من أي من الحالات الصحية المذكورة أدناه، يجب أولاً التصريح بالإفصاح عن المعلومات: *(حدد عن طريق التوقيع بالأحرف الأولى)*

☐ **معلومات علاج إدمان الكحول/ المخدرات. *حدد السجلات التي يسمح بالإفصاح عنها والمنظمة التي يحق لها الإفصاح:***

_____

☐ **معلومات الصحة العقلية**

☐ **المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ مرض الإيدز (HIV/AIDS)**

☐ إذا تم وضع اشارة على هذا المربع، الرجاء الافصاح عن المعلومات الصحية المحددة هنا فقط ومناقشتها:

_____

(استخدم هذا المربع إذا كنت لا ترغب في إعطاء كامل السجل أو الإفصاح عنه)

8. **سبب الإفصاح عن المعلومات: تم الإفصاح عن هذه المعلومات بناء على طلب من المريض أو ممثلة المخوّل قانوناً، إلا إذا تم تحديد غير ذلك هنا:**	9. **يستمر هذا التفويض حتى يصبح المريض(ة) غير مسجل في مدرسة أو برنامج تديره إدارة التعليم أو يخدمه مكتب الصحة المدرسية، ما لم يتم سرد تاريخ انتهاء الصلاحية هنا:**
10. **إذا لم يكن المريض(ة) ذاته، أكتب اسم الشخص الموقّع على الاستمارة: (يجب على الوالد(ة) ولي(ة) الأمر إكمالها)**	11. **العلاقة بالمريض(ة):** ☐ المريض(ة) نفسه ☐ الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر ☐ غير ذلك (يرجى الوصف أدناه)

جميع العناصر المطلوبة في هذه الاستمارة تمت تعبئتها وجميع أسئلتي الخاصة بهذه الاستمارة تمت الإجابة عليها وتم تزويدي بنسخة من الاستمارة.

توقيع المريض(ة) أو ممثله المخوّل قانوناً _____ **التاريخ** _____

***فيروس نقص المناعة البشرية المسبب لمرض الإيدز (AIDS). يحمي قانون الصحة العامة لولاية نيويورك المعلومات التي يمكن أن تحدد بشكل معقول شخصاً ما على أنه يعاني من أعراض فيروس نقص المناعة البشرية أو العدوى والمعلومات المتعلقة باتصالات الشخص.**
**** إذا تم تحديد تاريخ انتهاء الصلاحية في البند 9 أعلاه، فستنتهي صلاحية الاستمارة في ذلك التاريخ ويجب تقديم استمارة جديدة من قبل الوالد(ة) أو الوصي القانوني للمريض، أو الأشخاص الآخرين المرخص لهم بموجب القانون.**