

[Insert Organization Name/Logo]

تحويل للوصول إلى معلومات المريض
من خلال مؤسسة لتبادل المعلومات الصحية

وزارة الصحة في ولاية نيويورك

اسم المريض	تاريخ الميلاد	رقم بطاقة تعريف المريض
عنوان المريض		

أطلب أن يتم الوصول إلى المعلومات الصحية المتعلقة برعايتي وعلاجي على النحو المحدد في هذا النموذج. لدي الخيار بأن أسمح أو لا أسمح لـ [Name of Provider Organization] بالحصول على سجلاتي الطبية من خلال مؤسسة تبادل المعلومات الصحية والتي تدعى Healthix. في حال منحي الموافقة، يمكن الوصول لسجلاتي الطبية الموجودة في مختلف الأماكن التي أحصل فيها على رعاية صحية من خلال استخدام شبكة كمبيوتر على مستوى الولاية. مؤسسة Healthix هي مؤسسة غير ربحية تشارك المعلومات حول صحة الناس إلكترونياً وتتقيد بمعايير الخصوصية والأمان التي ينص عليها قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA) وقانون ولاية نيويورك. لمعرفة المزيد، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني لمؤسسة Healthix على العنوان www.healthix.org

يمكن الوصول إلى معلوماتي في الحالات الطارئة، إلا إذا قمت بتعبئة هذا النموذج وحددت المربع رقم 3 والذي ينص على أنني أحجب موافقتي حتى في الحالات الطبية الطارئة.

لن يؤثر الخيار الذي أحده في هذا النموذج على إمكانية حصولي على الرعاية الصحية. لا يسمح الخيار الذي أحده في هذا النموذج لشركات التأمين الصحي بالحصول على معلوماتي بغرض الفصل في تزويدي بتغطية تأمين صحي أو دفع فواتيري الطبية أم لا.

<p>خيارى بالموافقة. يتم تحديد مربع واحد إلى يسار خيارى. يمكننى تعبئة هذا النموذج الآن أو في المستقبل. يمكننى أيضاً تغيير قرارى في أي وقت من خلال تعبئة نموذج جديد.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. أُمح موافقتى لـ [Name of Provider Organization; or reference to a list of specific Provider Organizations attached to this form] للوصول إلى جميع معلوماتى الصحية الإلكترونية من خلال مؤسسة Healthix لتقديم خدمات الرعاية الصحية (بما في ذلك الرعاية الصحية في حالة الطوارئ).</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. أحجب موافقتى باستثناء الحالات الطبية الطارئة عن [Name of Provider Organization; or reference to a list of specific Provider Organizations attached to this form] للوصول إلى معلوماتى الصحية الإلكترونية من خلال مؤسسة Healthix.</p>
<p><input type="checkbox"/> 3. أحجب موافقتى عن [Name of Provider Organization; or reference to a list of specific Provider Organizations attached to this form] للوصول إلى معلوماتى الصحية الإلكترونية من خلال مؤسسة Healthix لأي سبب كان، حتى في الحالة الطبية الطارئة.</p>

إذا أردت أن أحجب موافقتى عن جميع المؤسسات المقدمة للرعاية الصحية والبرامج الصحية المشاركة في مؤسسة Healthix للوصول إلى معلوماتى الصحية الإلكترونية من خلال مؤسسة Healthix، فإنه يمكننى فعل ذلك من خلال زيارة الموقع الإلكتروني لمؤسسة Healthix على العنوان www.healthix.org، أو من خلال الاتصال بمؤسسة Healthix على الرقم 877-695-4749.

لقد تم الإجابة على أسئلتى المتعلقة بهذا النموذج وتم تزويدي بنسخة من هذا النموذج.

توقيع المريض أو الممثل القانوني للمريض	التاريخ
اسم الممثل القانوني طباعة (إن وجد)	صلة قرابة الممثل القانوني بالمريض (إن وجد)

تفاصيل حول المعلومات التي تم الوصول إليها من خلال مؤسسة Healthix وعملية الموافقة:

1. كيفية استخدام معلوماتك . سيتم استخدام معلوماتك الصحية الإلكترونية فقط لخدمات الرعاية الصحية التالية:
 - خدمات المعالجة، تزويدك بمعالجة طبية وخدمات ذات صلة.
 - التحقق من مدى أحقيتك بالحصول على تأمين. فحص فيما إذا كان لديك تأمين صحي وماذا يغطي.
 - نشاطات إدارة الرعاية. تشمل هذه النشاطات مساندتك في الحصول على رعاية طبية ملائمة، أو تحسين نوعية الخدمات المقدمة لك، أو تنسيق توفير خدمات الرعاية الصحية المتعددة المقدمة لك، أو دعمك في اتباع خطة للرعاية الطبية.
 - نشاطات تحسين الجودة. تقييم وتحسين جودة الرعاية الطبية المقدمة لك ولجميع المرضى.
2. ما هي أنواع المعلومات التي يتم تضمينها عنك. في حال منحت موافقتك، يحق لمؤسسة (مؤسسات) تقديم الرعاية الصحية المدرجة الوصول إلى جميع معلوماتك الصحية الإلكترونية المتوفرة من خلال مؤسسة Healthix. ويشمل هذا المعلومات التي تم إنشائها قبل وبعد تاريخ توقيع هذا النموذج. وقد تشمل سجلاتك الصحية تاريخ الأمراض أو الإصابات التي تعرضت لها (مثل مرض السكري أو كسر في العظم)، ونتائج الفحوصات (مثل الأشعة السينية أو فحوصات الدم)، وقوائم بالأدوية التي أخذتها. قد تشمل هذه المعلومات على حالات صحية حساسة، ومنها على سبيل المثال لا الحصر:
 - مشاكل تعاطي الكحول أو المخدرات
 - تحديد النسل أو الإجهاض (تنظيم الأسرة)
 - أمراض أو فحوصات جنسية (وراثية)
 - فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
 - حالات صحية عقلية
 - أمراض انتقلت عن طريق الجنس
3. من أين تأتي المعلومات الصحية المتعلقة بك . تأتي المعلومات المتعلقة بك من الأماكن التي حصلت فيها على رعاية صحية أو تأمين صحي. ويمكن أن تشمل هذه الأماكن المستشفيات والأطباء والصيديات والمختبرات الإكلينيكية ومؤسسات التأمين الصحي وبرنامج ميديكايد (Medicaid) وغيرها من المؤسسات التي تتبادل المعلومات الصحية إلكترونياً. تتوفر قائمة كاملة ومحدثة بتلك الأماكن لدى مؤسسة Healthix. يمكنك الحصول على قائمة محدثة في أي وقت من خلال الموقع الإلكتروني لمؤسسة Healthix على العنوان www.healthix.org أو بالاتصال على الرقم 4749-695-877.
4. من يمكنه الوصول إلى المعلومات المتعلقة بك، إن منحت الموافقة على ذلك. فقط أطباء وأعضاء طواقم المؤسسة (المؤسسات) التي منحتها الموافقة بالوصول لمعلوماتك الذين يقومون بنشاطات يسمح بها هذا النموذج على النحو المحدد في الفقرة 1.
5. وصول مؤسسات الصحة العامة واستجلاب الأعضاء البشرية . يخول القانون وكالات الصحة العامة الفدرالية أو التابعة للولاية أو المحلية مؤسسات استجلاب أعضاء بشرية معينة بالوصول إلى المعلومات الصحية دون موافقة المريض على ذلك لأغراض صحية عامة معينة ولأغراض زرع الأعضاء البشرية. ويحق لهذه المؤسسات الوصول إلى معلوماتك من خلال مؤسسة Healthix لهذه الأغراض بغض النظر عن منح موافقتك بذلك أو حجبتها أو فيما إذا كنت قمت بتعبئة نموذج موافقة أم لا .
6. العقوبات الواجبة عند الإطلاع على معلوماتك أو استخدامها بغير وجه حق. هناك عقوبات على الوصول إلى معلوماتك الصحية الإلكترونية أو استخدامها غير القانوني. إذا ما اشتبهت في أي وقت بأن شخصاً لا يحق له الإطلاع على معلومات تتعلق بك أو الوصول إليها وقام بذلك، اتصل بـ **المؤسسة مقدمة الرعاية على الرقم: 4987-**، أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني لمؤسسة Healthix على www.healthix.org، أو اتصل بوزارة الصحة في ولاية نيويورك على الرقم **474-518**، أو اتبع عملية تقديم الشكوى لدى المكتب الفدرالي للحقوق المدنية على الرابط التالي: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>.
7. إعادة الإفصاح عن المعلومات. يحق لأية مؤسسة (مؤسسات) منحتها الموافقة على الوصول إلى معلومات صحية تتعلق بك أن تعيد الإفصاح عن معلوماتك الصحية، لكن فقط ضمن الحدود التي تسمح بها قوانين ولوائح الولاية والقوانين الفدرالية. يمكن فقط الوصول إلى المعلومات المتعلقة بعلاج تعاطي الكحول/المخدرات أو أية معلومات سرية تتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية، ويمكن فقط إعادة الإفصاح عنها إذا صاحب ذلك وجود البيانات المطلوبة المتعلقة بحظر إعادة الإفصاح.
8. فترة سريان المفعول. سيبقى نموذج الموافقة هذا ساري المفعول حتى تاريخ تغيير خيار الموافقة الخاص بك أو حتى توقف مؤسسة Healthix عن العمل. إذا ما اندمجت مؤسسة Healthix مع أية جهة مؤهلة أخرى، تبقى خيارات الموافقة الخاصة بك سارية المفعول لدى الجهة المندمجة حديثاً.
9. تغيير خيار الموافقة الخاص بك . يمكنك تغيير خيار الموافقة الخاص بك في أي وقت ولأي مؤسسة تقديم رعاية أو لأية برنامج صحي من خلال تقديم نموذج موافقة جديد تضع فيه خيارك الجديد. يحق للمؤسسات التي تصل إلى معلوماتك الصحية من خلال مؤسسة Healthix أثناء سريان مفعول موافقتك أن تنسخ أو تضمن معلوماتك في السجلات الطبية الخاصة بها. وحتى إذا ما قررت لاحقاً تغيير قرار الموافقة الخاص بك، لا يُشترط عليهم إعادة معلوماتك أو إزالتها من سجلاتهم.
10. نسخة من النموذج. يحق لك الحصول على نسخة من نموذج الموافقة هذا.