

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] (بما في ذلك وكلائها) الحصول 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 تتشارك 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

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. أمنح موافقتى لـ [Name of Provider Organization] بالوصول إلى جميع معلوماتى الصحية الإلكترونية من خلال مؤسسة Healthix لتقديم الرعاية الصحية.</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. أحجب موافقتى عن [Name of Provider Organization] بالوصول إلى معلوماتى الصحية الإلكترونية من خلال مؤسسة Healthix لأي غرض كان.</p>

إذا أردت أن أحجب موافقتى عن جميع المؤسسات المقدمة للرعاية والبرامج الصحية المشاركة في مؤسسة Healthix بالوصول 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)

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. هذه النشاطات تشمل مساندتك في الحصول على رعاية طبية، 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.

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 وتشخيصات تعاطي الكحول أو المخدرات
- تحديد النسل أو الإجهاض (تنظيم الأسرة)
- أمراض أو فحوصات جينية (وراثية)
- فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز
- حالات صحية عقلية
- أمراض انتقلت عن طريق الجنس
- الأدوية والجرعات
- المعلومات التشخيصية
- الحساسية
- ملخصات تاريخ تعاطي المخدرات
- الملاحظات السريرية
- ملخص الصنف من المستشفى
- معلومات التوظيف
- الحالة المعيشية
- الدعم الاجتماعي
- البيانات المقدمة من مقدمي الخدمات والخاصة بالمطالبات
- الفحص المعلمي

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 بهذه 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 877-695-4749.

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.

وصول مؤسسات الصحة العامة واستجواب الأعضاء البشرية. يخول القانون وكالات الصحة العامة الفدرالية أو التابعة للولاية أو المحلية ومؤسسات استجواب 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 حجبها أو فيما إذا كنت قمت بتعبئة نموذج موافقة أم لا.

العقوبات الواجبة عند الاطلاع على معلوماتك أو استخدامها بغير وجه حق. هنالك عقوبات على الوصول إلى معلوماتك الصحية الإلكترونية أو استخدامها غير القانوني. إذا ما اشتبهت في أي وقت بأن شخصاً لا يحق له الاطلاع على معلومات تتعلق بك أو الوصول إليها وقام بذلك، اتصل بـ المؤسسة مقدمة الرعاية على الرقم أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني لمؤسسة Healthix على www.healthix.org، أو اتصل بوزارة الصحة في ولاية نيويورك على الرقم 518-474-4987؛ أو اتبع عملية تقديم الشكوى لدى المكتب الفدرالي للحقوق المدنية على الرابط التالي: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.

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 البشري، ويمكن فقط إعادة الإفصاح عنها إذا ما صاحب ذلك وجود البيانات المطلوبة المتعلقة بحظر إعادة الإفصاح.

فترة سريان المفعول. سيبقى نموذج الموافقة هذا ساري المفعول حتى تاريخ تغيير خيار الموافقة الخاص بك، أو الوفاة، أو حتى توقف مؤسسة Healthix عن العمل. إذا ما اندمجت مؤسسة Healthix مع أية جهة مؤهلة أخرى، تبقى خيارات الموافقة الخاص بك سارية المفعول لدى الجهة المندمجة حديثاً.

تغيير خيار الموافقة الخاص بك. يمكنك تغيير خيار الموافقة الخاص بك في أي ولاية مؤسسة تقديم رعاية أو ولاية 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.

نسخة من النموذج. يحق لك الحصول على نسخة من نموذج الموافقة هذا.