



موافقة المريض لتبادل المعلومات الصحية (HIE) للمعلومات الصحية المحمية (PHI)

اسم المريض: _____

رقم السجل الطبي: _____

تاريخ الميلاد: _____

رقم الهاتف: منزل _____ عمل _____

اسم مقدم الخدمة: _____

اسم الأول:	الاسم الأوسط:	اسم العائلة:	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة
------------	---------------	--------------	-------------------------------

يرجى قراءة هذه البيانات بعناية: (إذا كنت الممثل القانوني للمريض، فإن كلمة "أنا"، أو "الخاص بي"، أو ضمير المتكلم تشير إلى المريض).

بالتوقيع على هذا النموذج، فإنني أفهم أن سان إيسيدرو هيلث (SYHealth) هي عضو في العديد من شبكات عيادات متكاملة، ومقدمي الرعاية الأساسية، ووكالات شريكة في المراكز الصحية والتي تتعاون جميعًا لضمان الوصول إلى رعاية صحية ذات جودة وميسورة التكلفة للجميع. (لمزيد من المعلومات عن الشبكات، ومقدمي الرعاية الأساسية، والوكالات الشريكة في المراكز الصحية الأخرى، يرجى زيارة موقع الويب www.syhc.org).

أنا أصرح باستخدام معلوماتي الصحية المحمية (PHI) في تقديم العلاجي الطبي لي. وكذلك لدعم الأنشطة المرتبطة بتنسيق الرعاية والخدمات الأخرى التي تقدمها سان إيسيدرو هيلث، وشبكات العيادات المتكاملة، ومقدمي الرعاية الأساسية، وشركاء المراكز الصحية، والمؤسسات الأخرى مثل 1-1-2 سان دييجو وشركاؤها الذين تحيل إليهم.

أنا أفهم وأوافق على أن سان إيسيدرو هيلث، ومقدمي الرعاية الصحية، والشركاء، والمؤسسات الأخرى يجوز لها الوصول إلى جميع سجلاتي الصحية المتوفرة والمعلومات الأخرى بشأنني، واستخدام، والإفصاح عنها وإعادة الإفصاح عنها وذلك سواء قبل تاريخ اليوم أو بعده. أنا أفهم أنه بعد الإفصاح عن معلوماتي الصحية إلى شخص ما أو كيان ليس مقدم خدمة أو قائم بالدفع، فإن معلوماتي الصحية قد لا تكون بعد ذلك محمية بموجب القوانين الفيدرالية للسرية (الباب 45 من مدونة التنظيمات الفيدرالية 45 (CFR 164.508(c)(2)(iii)). أنا أفهم وأوافق على أن المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي يتم الإفصاح عنها قد تتعلق بالحالات التالية ذات الحساسية العالية:

- إعاقات النمو أو الصحة العقلية
- إساءة استخدام المواد/الكحول
- نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية
- الأمراض المنقولة جنسيًا والأمراض المعدية الأخرى
- معلومات تنظيم الأسرة

أنا أفهم أن المعلومات الصحية التي يتم الإفصاح عنها قد تتضمن:

- معلومات تشخيصية
- المعلومات الديموغرافية
- الأدوية والجرعات
- الفحوصات والنتائج المخبرية
- الحساسية
- ملخصات الرعاية وخطط الرعاية
- وضع السكن والإعانات الاجتماعية
- الملاحظات الإكلينيكية
- التاريخ الاجتماعي
- الطلبات
- القائمون بالدفع
- المعلومات الوظيفية

يجوز لي أن أسحب هذه الموافقة كتابيًا، في أي وقت، من خلال الاتصال بإدارة خدمات المعلومات الصحية الكائنة في: Precision Park Lane, San Diego, CA 92173 1601؛ ومع ذلك بشرط أن هذا السحب لن ينطبق على أي مشاركة لمعلوماتي الصحية كانت قد تمت قبل تاريخ استلام طلب السحب المكتوب.

فترة السريان: تظل هذه الموافقة سارية حتى اليوم الذي أسحب فيه موافقتي، أو خلال 10 أعوام من التوقف عن كوني مريضًا نشطًا هنا في سان إيسيدرو هيلث.

لقد قرأت وفهمت محتويات نموذج الموافقة هذا، ويحق لي استلام نسخة عند الطلب.

سوف تستمر سان إيسيدرو هيلث وموظفوها، و/أو المتعاقدون معها/موردوها، والمراكز الصحية/الوكالات الشريكة الأخرى في علاجي حتى لو اخترت عدم التوقيع على هذا النموذج. (يرجى ملاحظة أن: الأهلية للمزايا، أو التسجيل، أو الدفع أو العلاج لا يجوز أن يكون مشروطًا بالتوقيع على التصريح (CFR 164.508(c)(2)(ii) 45)).

بتقديم موافقتك، فإنك تصرح بشكل محدد لسان إيسيدرو هيلث باستخدام المعلومات المتعلقة بإساءة استخدام العقاقير/الكحول/المواد، والصحة العقلية، وفيروس نقص المناعة البشرية والإفصاح عن تلك المعلومات. أنا أفهم أن سجلات إساءة استخدام المواد محمية بموجب التنظيمات الفيدرالية، والباب 42 من مدونة التنظيمات الفيدرالية الجزء 2 وقانون قابلية معلومات التأمين الصحي للنقل والمحاسبة لعام 1996 (HIPAA)، والباب 45 من مدونة التنظيمات الفيدرالية الجزئيين 160 و164 ولا يجوز إعادة الإفصاح عنها بدون موافقتي المكتوبة ما لم يكن ذلك مسموحًا بخلاف ذلك بموجب التنظيمات.

القبول: أنا أصرح بمشاركة معلوماتي الصحية

الرفض: أنا لا أصرح بمشاركة معلوماتي الصحية

تاريخ ميلاد المريض:	الاسم الكامل بحروف واضحة للممثل القانوني:
الاسم الكامل للمريض بحروف واضحة:	إذا كان التوقيع بواسطة الممثل القانوني، علاقته بالمريض:
توقيع المريض:	توقيع الممثل القانوني:
تاريخ التوقيع:	تاريخ التوقيع: