WellPower

تصريح بالإفصاح عن معلومات صحية سرية ومحمية

الاسم القانوني (يرجى الكتابة بأحرف واضحة) _____ تاريخ الميلاد _____ رقم معرف مركز WellPower _____

وفقًا للقواعد الفيدرالية، الجزء 2 من الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية، (Code of Federal Regulations, CFR) (سرية سجلات مريض مصاب باضطراب استخدام المواد) والجزء 164 من الباب 45 من قانون CFR (قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة لعام 1996)، **أصرح بالإفصاح عن المعلومات التي تخصني كما هو موضح أدناه.** أفهم أن المعلومات المتعلقة بأي مما يلي قد يتم تضمينها في عملية الإفصاح: الصحة السلوكية والصحة الجنسية والصحة الإنجابية وفيروس نقص المناعة البشرية (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/الإيدز وفقر الدم المنجلي والأمراض المعدية واستخدام العقاقير والكحوليات وعلاج اضطراب استخدام المواد.

مركز WellPower
4141 East Dickenson Place
Denver, CO 80222
الهاتف _____
الفاكس _____

جهة خارجية
الاسم: _____
(المنظمة و/أو الشخص)
الصلة: _____
العنوان: _____
المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____
الهاتف: _____ الفاكس: _____
معلومات إضافية: _____

التواصل اللفظي: هل تصرح بالتواصل الثنائي اللفظي)الشفهي(بين مركز WellPower والجهة خارجية؟ ☐ نعم ☐ لا
السجلات الكتابية أو الإلكترونية: هل مصرح لمركز WellPower بالإفصاح عن السجلات؟ ☐ نعم ☐ لا هل مصرح للجهة الخارجية بالإفصاح عن السجلات؟ ☐ نعم ☐ لا

نوع المعلومات المصرح بالإفصاح عنها:

☐ جميع المعلومات المحفوظة في سجلي، **أو**
☐ فقط أنواع المعلومات/السجلات المحددة أدناه (حدد جميع ما ينطبق):

☐ سجلات الفواتير
☐ التقييم (التقييمات) السريرية
☐ وثيقة استمرار الرعاية (Continuity of care document - CCD)
☐ المعلومات الديموغرافية
☐ غير ذلك (يجب التحديد): _____
☐ قائمة التشخيصات
☐ ملخص تقرير الخروج
☐ خطة التعليم الفردي (Education plan, IEP)
☐ سجلات التعليم
☐ معلومات التوظيف
☐ نتائج المعمل
☐ تاريخ/أوامر صرف الدواء
☐ معلومات الخروج المشروط/تحت المراقبة
☐ ملخصات زيارات الطبيب
☐ ملخصات تقدم الحالة
☐ الاختبار النفسي
☐ التقييمات النفسية
☐ خطط العلاج/الخدمات

المدة الزمنية: (ضع علامة عند خيار واحد فقط)
☐ جميع مرات الدخول ☐ آخر مرة دخول ☐ من تاريخ _____ إلى _____

الغرض:
☐ استمرار الرعاية ☐ تنسيق الخدمات ☐ العلاج ☐ بناءً على طلب الشخص
☐ غير ذلك (يجب التحديد): _____

إعادة الكشف

أدرك أن المعلومات التي تم الكشف عنها بناءً على هذا التصريح، باستثناء المعلومات المتعلقة باضطراب استخدام المواد، يجوز لمتلقيها إعادة الكشف عنها وأنها لم تعد محمية بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) (الجزء 164 من الباب 45 من قانون CFR). وستستمر حماية السجلات المتعلقة باضطراب استخدام المواد بموجب القواعد الفيدرالية بعد عملية الكشف عنها ولا يمكن الكشف عنها أو إعادة الكشف عنها دون موافقة كتابية مني ما لم ينص على خلاف ذلك في القواعد ذات الصلة (الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR).

حظر فرض شروط على التصريحات

أدرك أنه لا يمكن مطالبتي بالتوقيع على هذا التصريح كشرط لتلقي العلاج أو الدفع أو التسجيل أو استحقاق أهلية الحصول على المخصصات. لا يجوز لمركز WellPower أن يرفض معالجتي إذا رفضت التوقيع على هذا التصريح، ما لم يكن هذا التصريح ضروريًا لمشاركتي في دراسة بحثية، أو كان الغرض من العلاج هو تقديم معلومات للفرد/الكيان المحدد في هذا التصريح.

انتهاء الصلاحية والحق في الإبطال (الإلغاء)

أدرك أنه يجوز لي إبطال هذا التصريح في أي وقت، باستثناء المعلومات التي تم الكشف عنها بالفعل أو التي تم الحصول عليها بناءً عليه. ويجب أن يكون الإبطال كتابيًا. في حالة عدم إبطال هذا التصريح، فستنتهي صلاحيته خلال عامين (2) من تاريخ توقيعي عليه ما لم يتم تحديد تاريخ سابق لذلك في هذه الوثيقة: _____.

التصريح

توقيعي أدناه يعني أنني أفهم وأوافق على شروط هذا التصريح. وتكون أي نسخة من هذا التصريح (بما في ذلك النسخ المرسلة عبر الفاكس) صالحة مثل النسخة الأصلية. ويحق لي الحصول على نسخة من التصريح الموقَّع.

X _____ تاريخ التوقيع _____
توقيع الشخص أو الممثل الشخصي

اسم الممثل الشخصي (إن وجد) _____ الصلة _____

إخطار إلى المتلقين

لقد تم الكشف عن هذه المعلومات لك من السجلات المحمية بموجب قواعد السرية الفيدرالية)*الجزء2 من الباب 42*من قانون CFR(. تحظر القواعد الفيدرالية عليك إجراء أي كشف إضافي عن أي معلومات واردة في هذا السجل تحدد مريضًا بأنه يعاني من اضطراب استخدام المواد أو أنه كان يعاني منه، سواء بشكل مباشر، أو بالإشارة إلى المعلومات المتاحة للعامة، أو من خلال التحقق من هذا التحديد من قِبل شخص آخر ما لم يُسمح بالكشف الإضافي صراحة من خلال موافقة كتابية من الشخص الذي يجري الكشف عن معلوماته أو كما هو مسموح خلافًا لذلكبموجب الجزء 2من الباب 42من قانون CFR. ويكون التصريح العام للإفصاح عن المعلومات الطبية أو غيرها من المعلومات غير كافٍ لهذا الغرض)انظر القسم 2.31(. تقيد القواعد الفيدرالية أي استخدام للمعلومات لأغراض التحقيق أو المقاضاة فيما يتعلق بجريمة يقترفها أي مريض يعاني من اضطراب استخدام المواد، باستثناء ما هو منصوص عليه في القسمين)c(2.12)5(و2.65.

NOTICE TO RECIPIENTS

This information has been disclosed to you from records protected by federal confidentiality rules (42 CFR part 2). The federal rules prohibit you from making any further disclosure of information in this record that identifies a patient as having or having had a substance use disorder either directly, by reference to publicly available information, or through verification of such identification by another person unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the individual whose information is being disclosed or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose (see §2.31). The federal rules restrict any use of the information to investigate or prosecute with regard to a crime any patient with a substance use disorder, except as provided at §§2.12(c)(5) and 2.65.

WellPower هو اسم تجاري مسجل لمركز Mental Health Center في دنفر، وهو مؤسسة غير ربحية في كولورادو.
WellPower is a registered trade name for the Mental Health Center of Denver, a Colorado non-profit corporation.