

كيف يمكنني طلب نسخ من السجلات الصحية؟

إذا كنت الشخص المستفيد من الخدمات الذي يطلب نسخًا من السجلات الصحية الخاصة بك، أو ممثلًا شخصيًا (كما هو محدد في لوائح قانون تحويل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)) الذي يطلب نسخًا من السجلات الصحية لإرسالها إلى شخص آخر، أو شخصًا آخر يطلب نسخًا لنفسك - يرجى قراءة المعلومات حول "طلبات الوصول" أدناه:

إذا كنت الشخص المستفيد من الخدمات الذي يطلب نسخًا من السجلات الصحية الخاصة بك، أو ممثلًا شخصيًا (كما هو محدد في لوائح قانون تحويل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)) يطلب نسخًا من السجلات الصحية، لنفسك - يرجى قراءة المعلومات حول "طلبات الوصول" أدناه:

طلبات الطرف الثالث

إرسال طلب مكتوب من خلال:

1. (هذا هو الخيار الأكثر شيوعًا) يقدم الطرف الثالث مباشرة طلبًا مكتوبًا للحصول على المعلومات إلى إدارة أنظمة المعلومات الصحية (HISM) مع "تفويض للإفصاح عن المعلومات الصحية السرية والمحمية" سارية وموقعة.

أو

2. تنزيل وإرسال نسخة مطبوعة: قم باستكمال نموذج "التفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية السرية والمحمية" ثم وقّع عليه بخط اليد. يمكن أيضًا تنزيله عبر الإنترنت من خلال هذا الرابط www.wellpower.org/health-records. يجب أن يوقع على النموذج الشخص المستفيد من الخدمات، أو الممثل الشخصي (إذا كان ذلك ممكنًا). ثم ارسل النموذج المكتمل إلى فريق إدارة أنظمة المعلومات الصحية (HISM) عبر البريد الإلكتروني أو الفاكس أو البريد العادي أو شخصيًا (معلومات الاتصال واردة أدناه).

أو

3. استكمال وإرسال نسخة إلكترونية: قم باستكمال نموذج "التفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية السرية والمحمية" والتوقيع عليه إلكترونيًا عبر الإنترنت باستخدام برنامج docusign. يجب أن يوقع على النموذج الشخص المستفيد من الخدمات، أو الممثل الشخصي (إذا كان ذلك ممكنًا). يمكنك إجراء ذلك من خلال هذا الرابط www.wellpower.org/health-records أو الاتصال بفريق إدارة أنظمة المعلومات الصحية (HISM) لاستكمال النموذج عبر الهاتف.

بمجرد استلامنا للنموذج المكتمل، قد نتواصل معك لتأكيد طلبك، وطرح أي أسئلة، و/ أو تنسيق أي خطوات قادمة.

طلبات الوصول

قم بإنشاء حساب على البوابة الإلكترونية أو قم بتنزيل تطبيق WellPower. للحصول على مزيد من المعلومات، يرجى زيارة هذا الرابط:

www.wellpower.org/wellpower-app

و/ أو

إرسال طلب مكتوب من خلال:

1. تنزيل وإرسال نسخة مطبوعة: قم باستكمال نموذج "طلب الوصول إلى المعلومات الصحية" والتوقيع عليه بخط اليد. يمكن تنزيله عبر الإنترنت من خلال هذا الرابط www.wellpower.org/health-records ثم ارسل النموذج المكتمل إلى فريق HISM عبر البريد الإلكتروني أو الفاكس أو البريد العادي أو شخصيًا (معلومات الاتصال واردة أدناه). يجب تضمين نسخة قابلة للقراءة من بطاقة الهوية السارية الصادرة عن جهة حكومية تحمل صورة مقدم الطلب للتحقق من التوقيع.

أو

2. استكمال وإرسال نسخة إلكترونية: قم باستكمال نموذج "طلب الوصول إلى المعلومات الصحية" والتوقيع عليه إلكترونيًا عبر الإنترنت باستخدام برنامج docusign. يمكنك إجراء ذلك من خلال هذا الرابط www.wellpower.org/health-records أو بالاتصال بفريق إدارة أنظمة المعلومات الصحية (HISM) لاستكمال النموذج عبر الهاتف. يجب تضمين نسخة قابلة للقراءة من بطاقة الهوية السارية الصادرة عن جهة حكومية تحمل صورة مقدم الطلب للتحقق من التوقيع.

بمجرد استلامنا للنموذج المكتمل، قد نتواصل معك لتأكيد طلبك، وطرح أي أسئلة، و/ أو تنسيق أي خطوات قادمة.

من يمكنه التوقيع على طلب الحصول على المعلومات الصحية؟

الفرد الذي هو موضوع المعلومات الصحية أو "ممثل الشخص"، إذا كان ذلك ممكنًا.

"الممثل الشخصي" هو أي شخص لديه السلطة القانونية لاتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية للفرد، بما في ذلك الحق في الوصول إلى السجل الصحي. قد يكون هذا الشخص أحد أولياء الأمور أو الوالدين (بالنسبة للقاصرين غير المحررين) الذين يحتفظون بسلطة اتخاذ القرارات الطبية، أو الوصي القانوني المعين من قبل المحكمة، أو شخص لديه توكيل رسمي للرعاية الصحية، وما إلى ذلك.

عند الضرورة، يجب إرفاق المستندات الداعمة مع الطلب، مثل شهادة الميلاد، أو أمر المحكمة الموقع من قبل القاضي، أو توكيل رسمي للرعاية الصحية.

كم من الوقت يستغرق هذا الأمر؟

سيراجع فريق إدارة أنظمة المعلومات الصحية ("HISM") جميع الطلبات. قد يستغرق استكمال الطلبات ما يصل إلى ثلاثين (30) يومًا تقويميًا. وإذا كان الطلب حساسًا للوقت، فمن الضروري تخصيص متسع من الوقت لاستكمال الطلب. كما يعتمد مقدار الوقت المطلوب على طبيعة الطلب، وعدد الطلبات الموجودة بالفعل في قائمة الانتظار، ووجود أي ضرورة إلى مستندات أو معلومات إضافية، وأحيانًا بسبب الموظفين.

بأي شكل وتنسيق يمكنني الحصول على المعلومات الصحية؟

- نسخة إلكترونية (ملف بصيغة PDF)* مرسلة عبر البريد الإلكتروني الآمن أو الفاكس الإلكتروني
- نسخة إلكترونية (ملف بصيغة PDF)* على قرص مضغوط مرسل عبر البريد المعتمد أو الاستلام
- نسخة إلكترونية (ملف بصيغة PDF)* على محرك أقراص بمنفذ USB مرسل عبر البريد المعتمد أو الاستلام
- نسخ ورقية مطبوعة مرسلة عبر البريد العادي أو الاستلام

*النسخ الإلكترونية بصيغة PDF وتتطلب برنامج قارئ PDF لعرضها.

هل هناك رسوم لتقديم الطلب؟

إذا تم فرض رسوم، فسيتم تقديم فاتورة بالمبلغ الإجمالي وتعليمات حول طريقة الدفع. WellPower هي منظمة غير ربحية تركز على رفاهية وخدمة منطقة دنفر الكبرى. تساعد الرسوم المفروضة على طلبك في الاستمرار في دعم هذه الخدمات للمجتمع.

طلب الطرف الثالث

تُفرض الرسوم وفقاً للوائح ولاية كولورادو ويجب أن يدفعها الطرف الثالث. رسوم إضافية لتكاليف البريد و/ أو النسخ المعتمدة من كاتب العدل.

لا توجد رسوم لتقديم الطلبات:

- إلى مقدمي الرعاية الصحية الآخرين
- إلى الإدارات/ المحاكم الخاضعة للمراقبة أو الإفراج المشروط
- إلى إدارة الخدمات الإنسانية
- لمنح الحاصلين على جائزة قانون لورا هيرشي للإعاقة ("LHA")
- بموجب أمر المحكمة أو مذكرة التفقيش

**قد تنطبق استثناءات أخرى

طلب الوصول

العرض: لا توجد رسوم

نسخ بصيغة PDF عبر البريد الإلكتروني: رسوم ثابتة 6.50 دولار

نسخ بصيغة PDF على قرص مضغوط أو محرك أقراص بمنفذ USB وتم استلامها:

رسوم ثابتة 6.50 دولار

نسخ بصيغة PDF على قرص مضغوط أو محرك أقراص بمنفذ USB وعبر البريد

العادي: 6.50 دولار + رسوم البريد

نسخ ورقية مطبوعة: يتم حساب الرسوم بناءً على تكلفة المواد، ولا تتجاوز 25 دولارًا

أبدًا. رسوم إضافية لتكاليف البريد و/ أو النسخ المعتمدة من كاتب العدل.

لا توجد رسوم مقابل:

- المستندات الإدارية
- ملخص تقارير الخدمات
- قائمة الأدوية
- نتائج الاختبارات المعملية
- معلومات التشخيص
- تقرير التقييم النفسي (العصبي)

**قد تنطبق استثناءات أخرى

هل يمكن رفض الطلب؟

نعم، انظر أدناه:

طلب الطرف الثالث

فقط ما هو مسموح به و/ أو مصرح به للإفصاح عنه وهو الحد الأدنى المطلوب لتحقيق الغرض من الطلب.

طلب الوصول

يتم مراجعة الطلب من قبل المتخصصين الصحيين المرخصين المعيّنين الذين يقررون ما إذا كانت المعلومات الصحية المطلوبة سيتم إصدارها بالكامل أو جزئيًا أو رفضها تمامًا. تضع القوانين الحكومية والفيدرالية شروطًا محددة لمنح إمكانية الوصول إلى المعلومات الصحية أو رفض الوصول إليها.

إذا تم رفض الطلب جزئيًا أو كليًا، فسيتم إخطار مقدم الطلب. إذا كان الرفض مستحقًا للاستئناف، فيمكن لمقدم الطلب تقديم طلب لإعادة النظر في الرفض. سيتم تضمين معلومات حول كيفية تقديم الاستئناف مع إشعار الرفض.

معلومات الاتصال

إدارة أنظمة المعلومات الصحية

4141 East Dickenson Place (Office 170), Denver, Colorado 80222

504-6510 (303) الرقم الرئيسي | 504-6504 (303) الفاكس | www.wellpower.org/health-records | HISM@wellpower.org



طلب الوصول إلى السجلات الصحية الخاصة بي

يستخدم هذا النموذج لتقديم طلب للحصول على نسخ أو عرض السجلات الصحية الخاصة بك إذا كنت الشخص المستفيد من الخدمات، أو من قبل الممثل الشخصي (كما هو محدد في لوائح قانون تحويل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)) للشخص المستفيد من الخدمات. بالنسبة لطلبات الإفصاح عن المعلومات لشخص آخر غيرك أو غير الممثل الشخصي، يرجى الانتقال إلى موقعنا الإلكتروني ومراجعة المعلومات الخاصة بتقديم طلب من طرف ثالث.

قسم 1: الشخص المستفيد من الخدمات

يرجى استكمال المعلومات التالية عن الشخص الذي يتم طلب سجلاته الصحية.

الاسم المفضل: _____
 الاسم الأول القانوني: _____ M.I.: _____
 اللقب القانوني: _____
 رقم معرف WellPower: _____ تاريخ الميلاد: _____ (يوم/شهر/سنة)

قسم 2: معلومات الممثل الشخصي (إذا لم يكن الشخص المستفيد من الخدمات)

إذا كنت تطلب الوصول إلى السجلات الصحية نيابة عن الشخص المستفيد من الخدمات، يرجى ملء البيانات الخاصة بك أدناه. ملاحظة: يجب تقديم الوثائق الداعمة لسلطتك القانونية للوصول إلى هذه السجلات الصحية، إذا لم تكن موجودة بالفعل في الملف.

الاسم الأول: _____ M.I.: _____
 اللقب: _____
 المنظمة: _____ درجة القرابة: _____

قسم 3: معلومات الاتصال بمقدم الطلب

عنوان المراسلة: _____ المدينة، الولاية _____
 البريد الإلكتروني: _____ الهاتف: _____
 الرمز البريدي: _____

قسم 4: خيارات الإفصاح

يرجى تحديد الطريقة التي ترغب في استلام السجلات التي تطلبها.

العرض	نسخ مطبوعة	نسخ إلكترونية (ملف بصيغة PDF فقط)
<input type="checkbox"/> العرض: <input type="checkbox"/> سيتصل بك ممثل من إدارة أنظمة المعلومات الصحية (HISM) للتنسيق وتحديد الموعد.	<input type="checkbox"/> نسخة ورقية مطبوعة - بالبريد العادي	<input type="checkbox"/> نسخة إلكترونية: بريد إلكتروني آمن
	<input type="checkbox"/> نسخة ورقية مطبوعة - تم استلامها	<input type="checkbox"/> نسخة إلكترونية: قرص مضغوط - بالبريد العادي
		<input type="checkbox"/> نسخة إلكترونية: قرص مضغوط - تم استلامه
		<input type="checkbox"/> نسخة إلكترونية: محرك أقراص بمنفذ USB - بالبريد العادي
	<input type="checkbox"/> نسخة معتمدة من كاتب العدل (رسوم إضافية)	<input type="checkbox"/> نسخة إلكترونية: محرك أقراص بمنفذ USB - تم استلامه

قسم 5: الغرض (اختياري)

الاستخدام الشخصي استمرارية الرعاية استحقاقات الإعاقة تعويضات العمال تصفية التوظيف الإجراءات المدنية/الجنائية غير ذلك:

قسم 6: المعلومات المطلوبة

يرجى تحديد المعلومات المطلوبة من السجل الصحي.

سجل صحي كامل (يتضمن كل ما هو مدرج أدناه، حسب الضرورة) أو اختر المعلومات المحددة التي تريدها أدناه:

معلومات عن الأدوية
 معلومات التشخيص
 نتائج الاختبارات المعملية
 نتائج معمل الاختبارات الجينية الدوائية
 عمليات تقييم الصحة العقلية عند القبول
 تقرير/ تقارير التقييم النفسي (العصبي)
 غير ذلك:

ملاحظات موجزة عن الخدمات ذات الصلة بما يلي:

العلاج النفسي الوضع السكني
 خدمات الأزمات إدارة الحالة
 الطب النفسي خدمات إعادة التأهيل (مركز الموارد، التوظيف المدعوم، التعليم المدعوم)
 الرعاية الأولية

تواريخ الخدمة: _____ من: _____ البرنامج/ البرامج: _____
 (اختياري) (اختياري)

قسم 7: التوقيع

يرجى إرفاق نسخة من بطاقة الهوية السارية الصادرة عن جهة حكومية التي تحمل صورتك. قد يتم فرض رسوم.

تاريخ التوقيع

توقيع مقدم الطلب