

تفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية (PHI)

اسم المريض: _____

العنوان: _____

تاريخ الميلاد: ____ / ____ / ____ هاتف رقم: _____ رقم السجل الطبي (MRN): _____

أفوض NeighborHealth بالإفصاح عن بياناتي الصحية المحمية إلى:
الاسم: _____

العنوان، أو رقم الفاكس أو عنوان البريد الإلكتروني: _____

الغرض من الإفصاح (الرجاء وضع علامة أمام خيار واحد):

- استخدامي الشخصي تغيير الأطباء قانوني التأمين غير ذلك (الرجاء التحديد)
- المعلومات التي سيجري الإفصاح عنها (الرجاء التحديد وتضمين تواريخ الخدمة ونطاق التاريخ و/أو اسم مقدم/ي الخدمة)
- سجل طبي كامل ملاحظات سريرية سجلات الأدوية النتائج المعملية تقارير الأشعات سجلات قسم الطوارئ غير ذلك

لتضمين فئات معلومات متمتعة بحماية مخصصة، يجب كتابة الحروف الأولى من اسمك جوار فئة/ات المعلومات التي ترغب أن نفتح عنها كجزء من هذا الطلب:

فحص عوز المناعة البشري (HIV) أو تشخيصاته أو معلومات علاجه (يلزم تفويض من المريض لكل طلب إفصاح)

Commonwealth of Massachusetts Sexual Assault Evidence Collection Kit (برنامج أدوات جمع أدلة الاعتداءات الجنسية في

كومونولث ماساتشوستس) Sexual Assault Counseling (استشارات التعامل مع الاعتداءات الجنسية)

سجلات علاج إدمان الكحوليات والمخدرات الخاضعة لحماية قانون تكنولوجيا المعلومات الصحية للصحة الاقتصادية والسريرية (HITECH)، رقم قانون اللوائح

الفيدرالية (CFR) الجزء رقم 2

السجلات المرتبطة بالعنف المنزلي

أدرك أن لدي الحق في سحب التفويض في أي وقت عدا ما يكون قد جرى الإفصاح عنه بالفعل؛ كما أدرك أنه لسحب هذا التفويض، يجب علي تقديم طلب سحب تفوضي كتابة إلى مدير "قسم السجلات الطبية"؛ أدرك أن التفويض بالإفصاح عن هذه المعلومات الصحية أمر طوعي، وأن بإمكانني رفض التوقيع، وأن NeighborHealth لن تعلق علاجي أو دفع نفقاتي أو التسجيل في خطة الرعاية الصحية أو التأهل لاستحقاق المزايا على تقديم تفوضي للاستخدام أو الإفصاح المطلوب؛ وأدرك أن المعلومات الصحية المستخدمة أو المُفصح عنها بموجب هذا التفويض قد تخضع إلى إعادة الإفصاح من قبل متلقيها، وأنها لم تعد تتمتع بحماية قوانين الخصوصية الفيدرالية أو الولاية؛ غير أن المتلقي قد يُحظر من الإفصاح عن علاج إدمان المواد المخدرة أو معلومات فحوصات HIV أو تشخيصه أو علاجه؛ وأدرك أنني قد أتفحص أو أنسخ المعلومات التي سيجري الإفصاح عنها.

سيظل هذا التفويض ساريًا لمدة **عام (12 شهرًا)** من تاريخ توقيعه ما لم أنقضه بنفسني. لقد قرأت وفهمت المعلومات السابقة الذكر، كما تلقيت إجابات عن كل استفساراتي، وأفوض الإفصاح عن معلوماتي المطلوبة طوعًا إلى الشخص (الأشخاص) أو الكيان/ات المحددة.

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____

توقيع الممثل القانوني: _____ علاقته بالمريض: _____ التاريخ: _____