

تصريح قانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) باستخدام المعلومات الصحية والكشف عنها

للإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بـ:

اسم المريض: _____ رقم الهاتف: _____ تاريخ الميلاد: _____
العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

للإفصاح عنها لـ: المتلقي: _____ رقم الهاتف: _____
العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

للإفصاح عنها من جانب: الجهة المُفَصِّحة عن المعلومات: _____ رقم الهاتف: _____

الغرض من عملية الكشف عن المعلومات هذه: ☐ بناءً على طلب الفرد ☐ غير ذلك: _____
تواريخ رعاية المريض المشمولة بهذا التصريح هي: _____

الإفصاح عن المعلومات التالية:

☐ ملخص تقرير الخروج ☐ التقرير الباثولوجي (التقارير الباثولوجية) ☐ سجل (سجلات) الطوارئ ☐ التاريخ المرضي والحالة الصحية
☐ تقرير (تقارير) الأشعة ☐ بيان الفواتير المفصل ☐ الاستشارة (الاستشارات) ☐ تقرير (تقارير) المختبر
☐ التقرير الجراحي (التقارير الجراحية) ☐ تقرير (تقارير) أمراض القلب ☐ ملاحظات التقدم ☐ خطة (خطط) العلاج
☐ سجلات أخرى وفقاً لما هو محدد: _____
☐ السجل الطبي الكامل (باستثناء السجلات التي تتعلق بالمعلومات بالغة السرية)

الإفصاح عن المعلومات بالغة السرية:

من خلال تحديد أيٍّ من المربعات المجاورة لإحدى فئات المعلومات بالغة السرية المدرجة أدناه، أصرّح على وجه التحديد باستخدام و/أو الكشف عن فئة المعلومات بالغة السرية الموضحة بجوار المربع:

(يُرجى تحديد كل ما ينطبق - قد يؤدي ترك مربع ما من دون تحديد إلى عدم الكشف عن أي معلومات لأي غرض).

☐ مرض عقلي أو إعاقة نمو ☐ الاعتداء على شخص بالغ ذي إعاقة
☐ الأمراض المنقولة جنسياً (STDs) ☐ الاختبارات الجينية
☐ الاعتداء الجنسي ☐ اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/مرض الإيدز (AIDS) أو علاجه
☐ إدمان العقاقير (أي الكحول أو المواد المخدرة) ☐ (بما في ذلك حقيقة أنّ اختبار HIV قد طُلب أو أُجري أو تم تقديم تقرير به،
☐ الاعتداء على الأطفال أو إهمالهم ☐ بغض النظر عما إذا كانت نتائج الاختبار إيجابية أم سلبية)

سيظل هذا التصريح ساريًا:

☐ بدءًا من تاريخ هذا التصريح حتى: _____
☐ إلى أن تلبي الجهة المُفَصِّحة عن المعلومات الطلب أو بعد 120 يومًا من تاريخ توقيع هذا التصريح، أيهما يحدث أولاً.

أفهم:

- أنّ المعلومات التي يتم الكشف عنها بموجب التصريح قد تخضع لإعادة الكشف عنها من قبل المتلقي وقد لا تصبح محمية بعد الآن من قبل القانون الفيدرالي وقانون ولاية إلينوي المعمول بهما.
- أنّه يجوز لي رفض توقيع هذا التصريح لأي سبب وأنه لا يجوز للجهة المُفَصِّحة عن المعلومات اشتراط توقيع هذا التصريح لتلقي علاجي ما لم يكن علاجي مرتبطاً بإجراء الأبحاث أو كنت أتلقى الرعاية الصحية فقط لغرض إنشاء معلومات صحية محمية للكشف عنها للمتلقي الموضح في هذا التصريح.
- أنّه يحق لي إلغاء هذا التصريح كتابةً في أي وقت. وسيسري الإلغاء على الفور إلا بالقدر الذي تصرفته فيه الجهة المُفَصِّحة عن المعلومات اعتماداً على هذا التصريح قبل تلقيها الإشعار الكتابي بالإلغاء.
- يجوز لي التواصل مع قسم إدارة المعلومات الصحية بمستشفى Taylorville Memorial على الرقم: 217-707-5570 أو مكتب شؤون الخصوصية بـ Memorial Health (MH) عبر البريد على العنوان: 701 N. First St., Springfield, Illinois 62781-0001 أو على الهاتف على الرقم: 217-757-7753 أو من خلال خط التنبيه الخاص بالامتثال والخصوصية على الرقم: 800-541-9331، أو من خلال البريد الإلكتروني على ROIGeneral@mhsil.com.

لقد قرأت شروط هذا التصريح وفهمتها، وأصرح، بموجب هذه الوثيقة عن علم وبمحض إرادتي، للجهة المُفَصِّحة عن المعلومات المذكورة أعلاه باستخدام معلوماتي الصحية أو الكشف عنها بالطريقة الموضحة أعلاه.

التاريخ/الوقت

توقيع المريض أو ممثله القانوني

في حال التوقيع من قبل ممثل قانوني، يُرجى ذكر العلاقة بالمريض: _____



تصريح قانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) باستخدام المعلومات الصحية والكشف عنها

أفهم أنه بمجرد قيام الجهة المُفَصِّحة عن المعلومات بالكشف عن معلوماتي الصحية إلى المتلقي، لا يمكن للجهة المُفَصِّحة عن المعلومات أن تضمن عدم قيام المتلقي بإعادة الكشف عن معلوماتي الصحية لطرف ثالث. وقد لا يُطلب من الطرف الثالث الالتزام بهذا التصريح أو القانون الفيدرالي وقانون ولاية إلينوي المعمول بهما اللذين يحكمان استخدام معلوماتي الصحية والكشف عنها.

أفهم أن الجهة المُفَصِّحة عن المعلومات قد تتلقى، بشكل مباشر أو غير مباشر، أجرًا من طرف ثالث فيما يتعلق باستخدام معلوماتي الصحية أو الكشف عنها.

وأفهم أن الجهة المُفَصِّحة عن المعلومات قد ترفض هذا الطلب في ظل ظروف محدودة كما هو منصوص عليه بموجب القانون الفيدرالي وقانون ولاية إلينوي لحماية خصوصية المعلومات الصحية. أفهم أيضًا أنه، باستثناء ما هو مسموح به بموجب القانون المعمول به، يحق لي مراجعة رفض طلبي من قبل ممارس رعاية صحية مرخص يتم اختياره من قبل الجهة المُفَصِّحة عن المعلومات على ألا يكون قد شارك في قرار الجهة المُفَصِّحة عن المعلومات برفض طلبي.

أفهم أنه يجوز لي في أي وقت تقديم طلب كتابي إلى الجهة المُفَصِّحة عن المعلومات لفحص نسخة من معلوماتي الصحية و/أو الحصول عليها، وأن الجهة المُفَصِّحة عن المعلومات في غضون ثلاثين (30) يومًا من تلقي هذا الطلب الكتابي، إما ستوافق على الطلب وتتواصل معي لترتيب وقت مناسب لفحص معلوماتي الصحية أو نسخها، أو ستقدم لي رفضًا كتابيًا للطلب يوضح أساس الرفض وحقوق المراجعة الخاصة بي (إن وجدت) والتعليمات المتعلقة بكيفية تسجيل شكوى بخصوص الرفض والجهة التي ينبغي توجيه الشكوى لها.

وأعي أنه يجوز لي رفض توقيع هذا التصريح أو إلغاؤه (في أي وقت) لأي سبب من الأسباب، وأن هذا الرفض أو الإلغاء لن يؤثر على بدء علاجي أو استمراره أو جودته في Memorial Health؛ إلا إذا كان علاجي في Memorial Health لغرض واحد يتمثل في إنشاء معلومات صحية للكشف عنها للمتلقي المحدد في هذا التصريح، وفي هذه الحالة يجوز ل-Memorial Health رفض علاجي إذا لم أوقع على هذا التصريح.

أفهم أن هذا التصريح سيظل ساريًا إلى انتهاء مدته أو إلى أن أقدم إشعارًا كتابيًا بالإلغاء إلى قسم الإفصاح عن السجلات في الجهة المُفَصِّحة عن المعلومات. وسيسري الإلغاء فور استلام الجهة المُفَصِّحة عن المعلومات لإشعاري الكتابي، باستثناء أن الإلغاء لن يكون له أي تأثير على أي إجراء اتخذته الجهة المُفَصِّحة عن المعلومات اعتمادًا على هذا التصريح قبل تلقيها إشعاري الكتابي بالإلغاء.

يجوز لي التواصل مع قسم إدارة المعلومات الصحية بمستشفى Taylorville Memorial على الرقم: 217-707-5570 أو مكتب شؤون الخصوصية ب-MH عبر البريد على العنوان: MH Privacy Officer, 701 N. First St., Springfield, Illinois 62781-0001 أو على الهاتف على الرقم: 217-757-7753 أو من خلال خط التنبيه الخاص بالامتثال والخصوصية على الرقم: 800-541-9331، أو من خلال البريد الإلكتروني على ROIGeneral@mhsil.com.