ولاية ميسوري

تصريح بالكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بالعميل

أنا، _____،أخول السلطة و أطلب
(إسم الطالب، الوالد، الوصي/الممثل القانوني)

حدد الإختيارات التي تعنيك:

❑ قسم الصحة النفسية	❑ إدارة الصحة و خدمات المسنين
❑ قسم الخدمات الإجتماعية	❑ قسم التعليم الإبتدائي و الثانوي
❑ آخر_____ (إسم المؤسسة، الهيئة، مركز الرعاية النفسية، الشخص)	

للكشف عن المعلومات المبينة أدناه الخاصة ب:

لإسم	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الإجتماعي

الذي تلقى الخدمات من (تواريخ)

ل **(إختر كل ما ينطبق عليك)**

❑ قسم الصحة النفسية	❑ إدارة الصحة و خدمات المسنين
❑ قسم الخدمات الإجتماعية	❑ قسم التعليم الإبتدائي و الثانوي

❑ آخر _____

(إسم المؤسسة، الهيئة، مركز الرعاية النفسية، الشخص)

_____

(العنوان، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

الغرض من هذا الكشف (إختر كل ما ينطبق عليك)

❑ تحديد الأهلية	❑ التقييم	❑ الرعاية في مرحلة النقاهة
❑ التنسيب	❑ النقل/ العلاج	❑ التخطيط للعلاج
❑ إستمرار الخدمات/الرعاية	❑ جلسة الخروج المشروط/غير المشروط	❑ بناء على طلب العميل

❑ لتبادل المعلومات أو إحالتها لهيئات أخرى في ولاية ميسوري (مثل قسم الصحة النفسية، إدارة الصحة و خدمات المسنين، قسم الخدمات الإجتماعية، قسم التعليم الإبتدائي و الثانوي، إلخ) بغرض

الحصول على خدمات متمشية مع برنامج _____ (برجاء إكمال البرنامج الذي تريد المشاركة فيه)

❑ آخر (برجاء التحديد)_____

المعلومات المحددة التي تريد الكشف عنها هي (حدد كل ما ينطبق عليك)

❑ ملخص الخروج من المستشفى	❑ تقرير عن التقدم المحرز	❑ خطة العلاج و/أو المراجعة
❑ تقييم الخدمات الإجتماعية	❑ الإختبارات التربوية، برنامج التعلم الفردي، السجل الدراسي و /أو شهادة درجات الطالب	
❑ التقييمات الطبية/ النفسية		

- ❑ إختبارات القياسات النفسية شاملة إختبار الذكاء، الإختبارات العصبية أو أي إختبارات أخرى لمعايير النمو
- ❑ آخر_____

١.إقرأ بعناية: أعلم أن الملفات الطبية/الصحية الخاصة بي سرية. أعلم أن توقيعي علي هذا التصريح يبيح الكشف عن المعلومات الطبية/ الصحية الخاصة بي. المعلومات الصحية السرية في ملفي تشمل معلومات عن صحتي النفسية/السلوكية. أيضاً قد تحتوي علي معلومات عن الأمراض التي تنتشر بالممارسات الجنسية,الإيدز,فيروس نقص المناعة البشرية، الأمراض الأخرى المعدية و/أو تعاطي الكحول و المخدرات.

٢. ملفات تعاطي الكحول و المخدرات على الأخص تندرج تحت حماية الجزء الثاني من القانون الفيدرالي رقم ٤٢ . التوقيع على هذا التصريح بلا قيود يعني سماحي بالكشف عن أي ملفات بخصوص الكحول و المخدرات إن وجدت للهيئة أو الشخص المذكور أعلاه. برجاء التوقيع إذا وافقت على الكشف عن المعلومات الخاصة بتعاطي الكحول و المخدرات:

_____

٣.هذا التصريح يشتمل على معلومات حصل عليها الآن أو أثناء العلاج بالمؤسسة المذكور أعلاه أو الهيئة التي تنفق على الخدمات أثناء الفترة المحددة.

٤.يصبح هذا التصريح نافذاً في _____. تنفذ صلاحية هذا التصريح تلقائياً في هذا التاريخ، هذا الحدث أو الشرط الخاص _____.

٥. في حالة عدم تحيدي لتاريخ نفاذ، ينفذ هذا التصريح تلقائياً في سنة.

٦. أعلم أنه يحق لي إلغاء هذا التصريح في أي وقت. أعلم أن إلغاء هذا التصريح يجب أن يكون **كتابةً** و يوجه لمكتب إدارة المعلومات الصحية (الملفات الطبية) أو مركز معلومات العملاء بالمؤسسة. أعلم أيضاً أن أي عمل يترتب على هذا التصريح قبل إلغائه **لن** يتأثر به.

٧. أعلم أنه يحق لي الحصول على نسخة من هذا التصريح. **النسخة المصورة من هذا التصريح لها نفس صلاحيات الأصل.**

٨. أعلم أن التصريح بكشف هذه المعلومات الطبية/ الصحية أمر إختياري. من حقي رفض التوقيع على التصريح. توقيع هذا التصريح ليس شرطاً لضمان العلاج. أعلم أنه يحق لي فحص أو طلب نسخة من المعلومات التي تكشف أو تستخدم تمشياً مع القانون الفيدرالي رقم ٤٥ قسم ١٦٤.٥٢٤. إعلم أن أي كشف للمعلومات ينطوي على إحتمال إعادة كشفها بدون موافقتي و أن المعلومات قد لا تندرج تحت حماية القوانين الفيدرالية التي تكفل السرية. إذا كان لدي أسئلة تتعلق بكشف المعلومات الطبية/ الصحية الخاصة بي، يمكنني الإتصال بمكتب مدير إدارة المعلومات الصحية (مدير الملفات الطبية) أو مركز معلومات العملاء أو من ينوب عنه أو المختص برعاية الخصوصية في هذا الأمر.

التالي ينطبق على المعلومات في ملفات علاج تعاطي الكحول و/ أو المخدرات: تحريم إعادة كشف المعلومات: كشف هذه المعلومات لك من ملفات تقع تحت حماية القانون الفيدرالي. الجزء الثاني من القانون الفيدرالي رقم ٤٢ يمنعك من إعادة كشف المعلومات بدون تصريح كتابي محدد من صاحبها أو كما هو محدد في هذه القوانين. التصريح العام لكشف المعلومات الطبية أو غير ذلك لا يكفي لهذا الغرض. توقيعي أدناه إقرار مني بأنني قرأت، فهمت و وافقت على التصريح بكشف المعلومات الصحية الخاصة بي.	
إمضاء العميل	التاريخ
الشاهد	التاريخ
توقيع العميل/ الوالد/ الوصي القانوني/ النائب	
(يرجى إدراج وصف للسلطة المخولة لمن يعمل بالنيابة عن العميل و إرفاق نسخة من االمستند المانح لهذه السلطة)	
إشعار بالإلغاء	
التاريخ	
أنا، ـــــــ