

## تفويض بالاطلاع على معلومات المرضى من خلال إحدى منظمات مشاركة المعلومات الطبية

إدارة الصحة بولاية نيويورك

	اسم المريض:
	عنوان المريض:
	تاريخ الميلاد:
	رقم هوية المريض:
المنظمة المقدمة للخدمة:	

أطلب أن يتم الوصول إلى المعلومات الصحية المتعلقة برعايتي وعلاجي على النحو المحدد في هذه الاستمارة. بإمكانني اختيار السماح أو عدم السماح للمنظمة المقدمة للخدمة المذكورة أعلاه بالوصول إلى سجلاتي الطبية من خلال منظمة تبادل المعلومات الصحية التي تُسمى NY Care Information Gateway. في حالة قيامي بمنح الموافقة، يمكن الوصول إلى سجلاتي الطبية من الأماكن المختلفة التي أتلقى فيها الرعاية الصحية باستخدام شبكة كمبيوتر على مستوى الولاية. إن منظمة NY Care Information Gateway هي منظمة لا تهدف للربح تقوم بمشاركة المعلومات التي تتعلق بصحة الأشخاص إلكترونياً، وتستوفي معايير الخصوصية والأمان الخاصة بقانون قابلية نقل ومساءلة التأمين الصحي (HIPAA) وقانون ولاية نيويورك. لمعرفة المزيد يُرجى زيارة موقع NY Care Information Gateway الإلكتروني على العنوان [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org).

لن يؤثر الاختيار الذي أحده في هذه الاستمارة على تمكني من الحصول على رعاية طبية. إن الخيار الذي أحده في استمارة الموافقة هذه لا يسمح لشركات التأمين الصحي بالوصول إلى معلوماتي لغرض تحديد ما إذا كان سيتم منحي تغطية تأمينية صحية أو سداد فواتيري الطبية.

<p><b>خيارى بالموافقة.</b> يتم وضع علامة على مربع واحد على يسار الخيار الخاص بي.</p> <p>يمكنني استيفاء هذه الاستمارة الآن أو مستقبلاً.</p> <p>كما يمكنني تغيير قراري في أي وقت من خلال استيفاء استمارة جديدة.</p>	
<input type="checkbox"/>	١. <b>أمنح الموافقة</b> للمنظمة المقدمة للخدمة المذكورة أعلاه للوصول إلى جميع معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال منظمة NY Care Information Gateway لتقديم خدمات الرعاية الصحية.
<input type="checkbox"/>	٢. <b>أرفض الموافقة</b> للمنظمة المقدمة للخدمة المذكورة أعلاه للوصول إلى جميع معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال منظمة NY Care Information Gateway لأي غرض.

إذا كنت أرغب في رفض الموافقة لجميع المنظمات المقدمة للخدمة والخطط الصحية المشاركين في NY Care Information Gateway للوصول إلى معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال NY Care Information Gateway، يمكنني أن أقوم بذلك من خلال زيارة موقع NY Care Information Gateway الإلكتروني على العنوان [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org) أو الاتصال على الرقم 718-334-5844.

تمت الإجابة عن أسئلتي حول هذه الاستمارة، كما تم منحي نسخة من هذه الاستمارة.

التاريخ	توقيع المريض أو الممثل القانوني للمريض
علاقة الممثل القانوني بالمريض (إن وجد)	كتابة اسم الممثل القانوني بخط واضح (إن وجد)

## تفاصيل تتعلق بالمعلومات التي يتم الوصول إليها من خلال NY Care Information Gateway وإجراءات الموافقة:

1. كيف يمكن أن تُستخدم معلوماتك. سيتم استخدام معلوماتك الصحية الإلكترونية فقط لغرض خدمات الرعاية الصحية التالية:
  - خدمات المعالجة. تقديم العلاج الطبي والخدمات المرتبطة به إليك.
  - التحقق من أهلية التأمين. التحقق مما إذا كان لديك تأمين صحي والخدمات التي يغطيها.
  - أنشطة إدارة الرعاية. تشمل هذه الأنشطة مساعدتك في الحصول على رعاية طبية مناسبة، أو تحسين جودة الخدمات المقدمة إليك، أو تنسيق عملية تقديم خدمات رعاية صحية متعددة لك، أو دعمك في متابعة خطة رعاية طبية.
  - أنشطة تحسين الجودة. تقييم جودة الرعاية الطبية المقدمة لك ولجميع المرضى وتحسينها.
2. ما أنواع المعلومات التي يتم تضمينها عنك. إذا منحت الموافقة، يمكن للمنظمة (للنظمات) المقدمة للخدمة و/أو الخطة (الخطط) الصحية الوصول إلى جميع معلوماتك الصحية الإلكترونية المتاحة من خلال منظمة NY Care Information Gateway. ويتضمن ذلك المعلومات التي يتم إنشاؤها قبل وبعد تاريخ التوقيع على استمارة الموافقة هذه. وقد تتضمن سجلاتك الصحية تاريخ الأمراض أو الإصابات التي تعرضت لها (مثل السكري أو كسر في العظام)، ونتائج الفحوصات (مثل الأشعة السينية أو فحوصات الدم)، وقوائم الأدوية التي تناولتها. وقد تتضمن هذه المعلومات حالات صحية حساسة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:
  - مشكلات تعاطي الكحوليات أو المخدرات
  - تحديد النسل والإجهاض (تنظيم الأسرة)
  - الأمراض الجينية (الموروثة) أو الفحوصات
  - فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز (HIV/AIDS)
  - حالات الصحة العقلية
  - الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي
- إذا تلقيت رعاية طبية للتعافي من تناول الكحول أو تعاطي المخدرات، فقد يتضمن سجلك الطبي معلومات متعلقة بتشخيص تناول الكحول وتعاطي المخدرات والأدوية الطبية والجرعات والاختبارات المعملية والحساسية وتاريخ تعاطي مواد الإدمان وتاريخ الرضوح وتصاريح الخروج من المستشفى والوظيفة وظروف المعيشة والدعم الاجتماعي وسجل مطالبات التأمين الصحي.
3. من أين تأتي المعلومات الصحية المتعلقة بك. تأتي المعلومات المتعلقة بك من الأماكن التي وقّرت لك الرعاية الطبية أو التأمين الصحي. ومن بين هؤلاء المستشفيات، والأطباء، والصيدليات، والمختبرات السريرية، وشركات التأمين الصحي، وبرنامج الميديكيد (Medicaid)، والمنظمات الأخرى التي تتبادل المعلومات الصحية إلكترونياً. وتوفر منظمة NY Care Information Gateway قائمة كاملة وحديثة. ويمكنك الحصول على قائمة محدثة في أي وقت من خلال زيارة موقع منظمة NY Care Information Gateway الإلكتروني [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org) أو بالاتصال على الرقم ٧١٨-٣٣٤-٥٨٤٤.
4. من يمكنه الوصول إلى المعلومات المتعلقة بك، في حالة منح الموافقة. الأطباء وأفراد طاقم العمل التابعون للمنظمة (المنظمات) التي منحتها الموافقة بالوصول والذين ينفذون الأنشطة التي تسمح بها هذه الاستمارة كما هو موضح أعلاه في الفقرة الأولى.
5. وصول منظمات الصحة العامة ومنظمات توفير الأعضاء. يخول لوكالات الصحة العامة وبعض منظمات توفير الأعضاء الفيدرالية أو التابعة للولاية أو المحلية قانوناً الوصول إلى المعلومات الصحية بدون موافقة المريض لأغراض معينة تتعلق بالصحة العامة وزراعة الأعضاء. يمكن أن تصل هذه الكيانات إلى معلوماتك من خلال NY Care Information Gateway لهذه الأغراض بغض النظر عما إذا كنت قد أعطيت الموافقة، أو رفضت الموافقة، أو لم تقم بتعبئة استمارة موافقة.
6. عقوبات الوصول أو الاستخدام غير السليم لمعلوماتك. هناك عقوبات تُفرض على الوصول أو الاستخدام غير السليم لمعلوماتك الصحية الإلكترونية. إذا اشتبهت في أي وقت أن شخصاً ما غير مصرح له قد شاهد أو تمكن من الوصول إلى المعلومات المتعلقة بك، فاتصل بالمنظمة المقدمة للخدمة أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لمنظمة NY Care Information Gateway: [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org)؛ أو اتصل بإدارة الصحة بولاية نيويورك على الرقم 518-474-4987، أو اتبع عملية تقديم الشكاوى الخاصة بالمكتب الفيدرالي للحقوق المدنية على الرابط التالي:  
<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
7. إعادة الكشف عن المعلومات. يحق لأي منظمة (منظمات) قد منحتها الموافقة للوصول إلى المعلومات الصحية المتعلقة بك إعادة الكشف عن هذه المعلومات، على أن يكون ذلك إلى الحد المسموح به بموجب القوانين واللوائح الفيدرالية والخاصة بالولاية. ويمكن فقط الوصول إلى المعلومات المتعلقة بعلاج تعاطي المخدرات/الكحوليات أو المعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) ويمكن إعادة الكشف عنها فقط إذا كانت مصحوبة بالبيانات المطلوبة المتعلقة بحظر إعادة الكشف عن المعلومات.
8. مدة السريان. ستظل استمارة الموافقة هذه سارية حتى تاريخ تغيير خيار الموافقة الخاص بك أو إلى أن تتوقف منظمة NY Care Information Gateway عن العمل (أو بعد ٥٠ عاماً من تاريخ وفاتك أيها يأتي أولاً). إذا اندمجت NY Care Information Gateway مع كيان مؤهل آخر، تظل خيارات الموافقة الخاصة بك سارية مع الكيان الجديد المندمج.
9. تغيير خيار الموافقة الخاص بك. بإمكانك أن تغير خيار الموافقة الخاص بك في أي وقت فيما يتعلق بأي منظمة مقدمة للخدمة أو خطة صحية عن طريق إرسال استمارة موافقة جديدة متضمنة خيارك (خيارائك) الجديد(ة). يحق للمنظمات التي تتمكن من الوصول إلى معلوماتك الصحية من خلال منظمة NY Care Information Gateway أثناء فترة سريان موافقتك نسخ معلوماتك أو تضمينها في السجلات الطبية الخاصة بها. وحتى إذا قررت لاحقاً تغيير قرار موافقتك، فلا يكون مطلوباً منه هذه المنظمات إعادة معلوماتك أو حذفها من سجلاتها.
10. نسخة من الاستمارة. يحق لك الحصول على نسخة من استمارة الموافقة هذه .