



تحويل للإفصاح عن معلومات صحية محمية

CareOregon® (Disclosure of Protected Health Information: PHI)

تعتبر المعلومات المتعلقة بك وبصحتك والمسماة المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information) أو المختصر PHI، معلومات حساسة. قد لا تستخدم خطط التأمين الصحية، مثل CareOregon هذه ال PHI أو تفصح عنها إلى أي شخص ما لم تقل بأنه لا بأس بذلك كتابيًا. تعطي هذه الاستمارة موافقتك على استخدام PHI والإفصاح عنها. يتوجب عليك تعبئة كل شيء محدد بعلامة (*) لكي تصبح الإستمارة صالحة للاستخدام.

معلومات العضو

اسمي (يُرجى كتابة اسم العضو بأحرف متقطعة): _____

تاريخ ميلادي (أو الهوية التعريفية ل CareOregon): _____

إني أسمح CareOregon استخدام ال PHI لدي والإفصاح عنها إلى:

الفرد أو المنظمة: _____

العنوان: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف: _____

العلاقة مع العضو: _____

إني أطلب أن تُستخدم ال PHI أو أن يُفصح عنها للأسباب التالية (أدرج الأسباب): _____

□ إني أطلب الإفصاح هذا مع اختياري لعدم تقديم سبب محدد

*ال PHI لدي لتضمين ما يلي: □ جميعها، أو □ فقط البنود التي أشرت عليها أدناه:

□ الإفصاحات السابقة □ سجلات الواتير

□ المطالبات □ الأدوية

□ سجلات خطة التأمين الصحية □ المنافع

□ غير ذلك (يُرجى شرح أية معلومات/وثائق محددة تطلبها):

التواريخ من: _____ إلى: _____

الحدث (اختياري): _____

(على سبيل المثال، إذا ذهبت إلى المستشفى في شهر يونيو 2011)

بعض المعلومات التي أخول الإفصاح عنها: الأنواع الثلاثة من PHI المدرجة أدناه محمية بقوانين أخرى. لا بأس ل CareOregon بالكشف عن هذا ال PHI فقط إذا كنت قد وقعت بالأحرف الأولى لاسمي من المساحة بجانبه في هذا النموذج. إذا لم أضع علامة هنا، لا يجوز ل CareOregon الإفصاح عنها.

التوقيع بالأحرف الأولى

نوع ال PHI

أي شيء حول اختبار ل HIV/AIDS ، بما في ذلك إذا ما أُختبرت واحدًا منها، ونتائج لاختبار أو سجلات أخرى ذات صلة.

أية من معلومات صحي العقليّة (باستثناء الملاحظات التي تتعلق بصحة العلاج النفسي).

أي معلومات حول تشخيص المخدرات أو الكحول أو الإحالات. (كما إني أفهم أن القانون الفيدرالي ينص على أنه لا يمكن لأي شخص أن يحصل على معلومات عن المخدرات أو الكحول من CareOregon الكشف عنها لأي شخص آخر ما لم أقم أيضًا بإعطاء تفويضي المكتوب لهم).

إني أفهم حقوقي حول استمارة السماح هذه:

- يمكنني أن أطلب شخصًا من خدمة العملاء في CareOregon مساعدتي على فهم كيفية استخدام هذه الاستمارة.
- أعلم أنه إذا لم يكن الفرد أو المنظمة التي تتلقى هذا ال PHI مقدم رعاية صحية أو خطة صحية تغطيها قوانين الخصوصية الفيدرالية، فقد يشاركون ب PHI المذكورة أعلاه. في تلك الحالة لن تصبح ال PHA لدي محمية بموجب هذه القوانين.
- أعلم أن مواقع التواصل الاجتماعي (مثل Facebook و Instagram و Twitter و Pinterest وما إلى ذلك) ليست أماكن آمنة لمشاركة المعلومات الصحية. إن مشاركتي في المجموعات، وقبول الدعوات، وتقديم المحتوى أو التعليقات، وما إلى ذلك، على مواقع التواصل الاجتماعي ليست محمية بموجب قوانين الخصوصية الفيدرالية.
- قد آرى أو أحصل على نسخة لأي PHI التي سَئطى لأنني قد وقعت على هذه الاستمارة.
- لست مضطرًا للتوقيع على هذا النموذج للحصول على الرعاية الصحية، ودفع تكاليف رعايتي الصحية، ومعرفة فيما إذا كنت مؤهلًا للحصول على مخصصات أو التسجيل في CareOregon.
- يمكنني إلغاء هذا التفويض كتابيًا إلا عندما تكون CareOregon قد تصرفت بالفعل بالاعتماد عليه.
- أستطيع أن أغير رأبي وألغي موافقتي في أي وقت. إذا غيرت رأبي، يجب أن أخبر CareOregon كتابيًا بإرسال رسالة إلى:

:Attn

Enrollment Department

CareOregon

SW Fifth Ave 315

Portland, OR 97204

إذا غيرت رأبي وألغيت هذه الموافقة، فأنا أفهم أن ال PHI التابعة لي ربما تم استخدامها أو إعطائها بالفعل.

تُعتبر موافقتي للكشف عن ال PHI محدودة

ما لم أغير رأبي وأوقع على تصريح مكتوب جديد، فإن موافقتي على الكشف عن PHI ستتوقف في التاريخ التالي (الإشارة على واحد):
□ 365 يومًا من تاريخ توقيعي على هذه الاستمارة،

□ عندما يقع هذا الحدث (أدرج الحدث بالذات)

□ أو في هذا التاريخ (أدرج التاريخ المحدد أو أكتب "no end date"): _____
قد أطلب نسخة لهذه الاستمارة لسجلاتي بعد أن أوقع عليها.

_____ *توقيعي:

_____ التاريخ:

_____ اسمي بالأحرف المتقطعة:

*إذا وقع أي شخص نيابة عن العضو، فيرجى تقديم نسخة من التوكيل أو مستند قانوني آخر لمنح هذا الإذن.

إرساله بالبريد إلى:

Enrollment Department

CareOregon

SW Fifth Ave 315

Portland, OR 97204

أو

أرسل الاستمارة المكتملة

عبر الفاكس:

503-416-3723