

موافقة/تفويض بالوصول إلى المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو نشرها
CONSENT/AUTHORIZATION TO ACCESS OR RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

الأوسط

الأول

الاسم الأخير (كتابة)

رقم الهاتف

رقم بطاقة الهوية بجامعة ولاية Colorado

تاريخ الميلاد

يُرجى ملاحظة: بالنسبة للمعلومات الصحية المحمية التي تطلبها شبكة الصحة بجامعة ولاية Colorado، يمكن تلخيص سجلات الصحة العقلية و/أو الاستشارات، ونسخ السجلات الطبية. وتخضع جميع السجلات الواردة من مقدمي الخدمة الخارجيين أو الملاحظات المتعلقة بالمعلومات المُستلمة من أطراف أخرى، للاستثناء ما لم تطلب بشكل خاص أدناه.

- أطلب شبكة الصحة بجامعة ولاية Colorado بنشر سجلاتي للشخص أو الجهة التالية:
 أطلب الجهة المذكورة أدناه بنشر سجلاتي لصالح شبكة الصحة بجامعة ولاية Colorado.

الاسم: _____

العنوان: _____

المدينة: _____

الرمز البريدي: _____

الولاية: _____

الفاكس: _____

الرجاء وضع علامة على المربعات المناسبة

- الإقتصار على السجلات المتعلقة بمرض/إصابة/صحة عقلية (تحديد الحالة المرضية أو التواريخ التقريبية).

- جميع السجلات الطبية
 سجلات الصحة العقلية
 تقييم صعوبات التعليم/تقييم قصور الانتباه وفرط الحركة
 قرص مدمج للأشعة السينية فقط
 غير ذلك:
 تشمل السجلات الواردة من مقدمي الخدمة الخارجيين
 الفواتير
 المعامل فقط
 سجلات الاستشارات
 تقييم صعوبات التعليم/تقييم قصور الانتباه وفرط الحركة
 البرنامج اليومي

تستخدم المعلومات الصحية المحمية أو يُكشف عنها للأغراض التالية:

- الإحالة الاستشارية
 سجلات الشخصية
 غير ذلك:
 مقدم رعاية آخر
 محام
 التأمين

أدرك أن هناك رسمًا مقابل الحصول على السجلات المنسوخة/الملخصة للأغراض الشخصية أو للمحامي أو للتأمين. بناءً على قوانين ولاية Colorado؛ فإن الرسم المطلوب مقابل النسخ هو ١٤ دولارًا لأول ١٠ صفحات؛ و٠.٥ دولار لكل صفحة للصفحات من ١١ إلى ٤٠؛ و٠.٣٣ دولارًا لكل صفحة إضافية. وتبلغ رسوم الملخصات التي تفرضها شبكة الصحة بجامعة ولاية Colorado ٢٥ دولارًا. أما رسوم القرص المدمج للأشعة السينية غير المرتبطة بالإحالة فتبلغ ٦ دولارات. ففي حالة استلام ملخص ونسخ من السجلات؛ فستكبد رسوم على كليهما.

١. أدرك أن المعلومات المقرر نشرها يمكن أن تتضمن معلومات تتعلق بتبشخيص مرض ضعف المناعة المكتسب (فيروس الإيدز) أو علاجه، أو غيرها من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، أو الصحة العقلية أو العلاج النفسي، أو سجلات التوعية بخطر المخدرات والخمور والمعالجة منهما. أو أفق على منح التفويض الخاص بنشر معلومات الرعاية الصحية المتعلقة بتبشخيص الأمراض أو إجراء الاختبارات أو المعالجة.



٢. أدرك أن منح تفويض باستخدام المعلومات المحددة أعلاه أو الكشف عنها يصدر بكامل الإرادة طواعية. لا يتعين علي التوقيع على هذا النموذج لضمان الحصول على علاج الرعاية الصحية. كما أن العاملين بشبكة الصحة بجامعة ولاية Colorado لن يقيدوا منحي العلاج أو تسديد المستحقات أو التسجيل في خطة صحية أو أهلية الحصول على المزايا (إن وجدت) بما إذا كنت سأمنح التفويض للاستخدام أو الكشف المطلوبين أم لا، وذلك باستثناء: (١) إذا كان علاجي مرتبطاً بالبحث، أو (٢) أن خدمات الرعاية الصحية تقدم فقط لغرض إنشاء المعلومات الصحية المحمية للكشف عنها لطرف آخر.
٣. أدرك أنه يجوز لي إلغاء هذا التفويض كتابياً في أي وقت، إلا فيما يتعلق بتطبيق التفويض التزاماً به أو إذا كانت موافقتي على منح التفويض تم الحصول عليها كشرط للحصول على التغطية التأمينية وكان لجهة التأمين الحق القانوني في الطعن على الإلغاء. ودون الإلغاء الصريح من قبلي، تنتهي صلاحية التفويض تلقائياً عند تحقيق الغرض من الكشف المطلوب عن المعلومات بما لا يتجاوز ١٨٠ يوماً من تاريخ التوقيع. أدرك أن هذا التفويض لن ينطبق على خدمات الرعاية المقدمة بعد تاريخ التوقيع.
٤. لا يتحمل مجلس محافظي نظام جامعة ولاية Colorado ولا جامعة ولاية Colorado ولا شبكة الصحة بجامعة ولاية Colorado المسؤولية عن كشف المستلم للمعلومات المنشورة بموجب هذا التفويض.
٥. أدرك أنه يحتمل أن يُعيد المستلم الكشف عن المعلومات التي كُشف عنها بموجب هذا التفويض وأنها لم تعد خاضعة لحماية القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.
٦. يمكن استعمال نسخة أو صورة طبق الأصل بنفس فاعلية الأصل.

لقد قرأت بنود الطلب وشروطه وأقرُّ بأنِّي فهمتها. كما أنني أعفي كلا الجهتين من مسؤولية الامتثال لهذا الطلب.

توقيع المريض/العميل (أو الممثل الشخصي)	التاريخ	الوقت
وصف سلطة الممثل الشخصي		

إلى المستلم: لقد تم الكشف عن هذه المعلومات لك من السجلات المحمية سريتها بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية أو اللوائح التنظيمية، والتي قد تمنعك من الكشف عنها لاحقاً دون الحصول على موافقة كتابية محددة من قِبل الشخص الذي تخصه هذه المعلومات، أو طبقاً لما تجيزه هذه القوانين أو اللوائح. لا يُعد التفويض العام لنشر المعلومات الطبية أو غيرها من المعلومات كافياً لهذا الغرض.

تم منح نسخة من هذا التفويض المستكمل أو تم عرضها. _____

للاستعمال المكتبي فقط

المعلومات المقدمة: _____

تم إكمال الطلب بواسطة: _____ التاريخ: _____