

**الموافقة على استخدام والكشف عن معلومات تعاطي المخدرات
لإجراءات العلاج والدفع والرعاية الصحية أو عمليات الدفع والرعاية الصحية فقط
(الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية، الجزء 2)**

تلتزم ألاميدا مقاطعة الصحة (AC Health) لتزويدكم بأعلى جودة الرعاية. تشمل صحة AC العديد من الأقسام والبرامج، مثل الصحة السلوكية، والصحة العامة، والخدمات الطبية الطارئة، والرعاية الصحية للمشردين، والتشرد وخدمات الإسكان، من بين أمور أخرى. كما تتعاقد AC Health مع مقدمي الخدمات المجتمعية لتقديم هذه الخدمات الأساسية. لضمان حصولك على رعاية آمنة ومنسقة وفعالة، يحتاج أعضاء فريقنا السريري إلى فهم كامل لتاريخك الصحي والرعاية التي تلقيتها داخل المقاطعة ومقدمي الخدمات التابعين لها. لهذا السبب، يطلب قسم الصحة السلوكية في AC Health إذكك لاستخدام معلومات تعاطي المخدرات والكشف عنها لأغراض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية. بالتوقيع على هذا المستند، أنت تأذن باستخدام معلومات تعاطي المخدرات والكشف عنها كما هو موضح أدناه.

القسم 1: معلومات العميل		
الاسم الكامل:		
(الاسم الأول)	(الاسم الأوسط)	(الاسم الأخير)
اسم العيادة / البرنامج:		
رقم Medi-Cal CIN	تاريخ الميلاد	رقم الهاتف

القسم 2: الموافقة على الاستخدام والإفصاح وأغراض الإفصاح

بالتوقيع على هذا النموذج، أوافق على السماح للأفراد والمنظمات في القسم 3 بالإفصاح للأفراد والمنظمات في القسم 4 عن معلوماتي الموضحة في القسم 5 لأغراض (حدد فقط واحد مما يلي):

☐ عمليات العلاج والدفع والرعاية الصحية
أو

☐ عمليات الدفع والرعاية الصحية فقط

لا أمنح الإذن بالكشف عن الجزء الثاني من سجلاتي لأغراض العلاج بموجب هذه الموافقة.

فيما يلي أمثلة على إجراءات العلاج والدفع والرعاية الصحية.

على سبيل المثال، يسمح هذا لمقدم خدمات التعافي من تعاطي المخدرات بالتشاور مع مقدمي العلاج (على سبيل المثال، الصحة العقلية والرعاية الأولية) لتحسين خطة العلاج الخاصة بي أو لتنسيق اتصالي بخدمات الإسكان أو المنافع العامة.	العلاج
على سبيل المثال، يسمح هذا لمقدم الرعاية الصحية الخاص بي بمشاركة المعلومات للحصول على أموال مقابل الخدمات وتحديد أهليتي للحصول على الخدمات أو المزايا.	الدفع
على سبيل المثال، يتيح ذلك مشاركة معلوماتي في الأنشطة الإدارية والمالية والقانونية والتدقيق وتحسين الجودة اللازمة للمؤسسة لإدارة أعمالها ودعم معاملتي والدفع مقابل خدماتي.	إجراءات الرعاية الصحية

القسم 3: أسماء أو أنواع المنظمات التي تكشف عن المعلومات

- مقاطعة ألاميدا الصحة، قسم الصحة السلوكية.
- أي سابقة أو حاضرة لمقدم (مزودي) خدمة مستقبلين أو منظمة (منظمات) مسؤولة عن العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية ، بما في ذلك أي منظمات تساعدهم في هذه الأنشطة.

القسم 4: أسماء المنظمات التي تتلقى المعلومات

- مقاطعة ألاميدا الصحة، قسم الصحة السلوكية.
- إدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا.
- الخطة الصحية أو مقدم الرعاية الصحية.
- أي سابقة أو حاضرة لمقدم (مزودي) خدمة مستقبلين أو منظمة (منظمات) مسؤولة عن العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية ، بما في ذلك أي منظمات تساعدهم في هذه الأنشطة.

القسم 5: وصف معلومات العلاج من تعاطي المخدرات التي يتعين الكشف عنها

أوافق على الإفصاح عن معلوماتي المتعلقة باضطراب تعاطي المواد، والمحمية بموجب الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية، الجزء 2 (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، التشخيصات والأدوية وسجلات العلاج والتاريخ العائلي والاجتماعي)، للأغراض الموضحة في نموذج الموافقة هذا.

القسم 6: انتهاء الصلاحية

لن تنتهي صلاحية هذه الموافقة، ما لم أكتب تاريخ انتهاء الصلاحية أو الحدث هنا:

القسم 7: حقوقي

- أفهم أنني لست مضطراً للتوقيع على نموذج الموافقة هذا. إذا لم أوقع على تفويض، كحد أدنى، باستخدام معلوماتي والإفصاح عنها لأغراض سداد تكاليف الرعاية وعمليات الرعاية الصحية، فقد أحرمت من الاستفادة من البرامج أو الخدمات التي تتطلب الإفصاح عن معلوماتي المتعلقة بتعاطي المواد.
- يجوز لي إلغاء هذه الموافقة في أي وقت عن طريق الاتصال بالأفراد أو المنظمات التي لا أريد الكشف عن معلوماتي، إلا إذا كانوا قد اعتمدوا بالفعل على هذه الموافقة للإفصاح عن معلوماتي. يجوز لي سحب موافقتي شفهيًا أو كتابيًا.
- يحق لي الحصول على نسخة من نموذج الموافقة هذا.

القسم 8: إشعار إعادة الإفصاح

بالتوقيع على نموذج الموافقة هذا، أسمح بالإفصاح عن معلومات تعاطي المخدرات الخاصة بي كما هو موضح أعلاه. قد يعتمد الأفراد أو المنظمات المدرجة في القسم 4 على هذه الموافقة لاستخدام معلوماتي والكشف عنها للعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية أو عمليات الدفع والرعاية الصحية (اعتماداً على ما قمت بفحصه في القسم 2) فقط وفقاً لما يسمح به القانون. بمجرد استخدام معلوماتي أو الإفصاح عنها بموجب هذه الموافقة، يجوز استخدامها أو الإفصاح عنها لاحقاً بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)، بدلاً من إخضاعها للحماية الأكثر صرامة المنصوص عليها في الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية، الجزء 2. ومع ذلك، يظل الجزء 2 يحظر استخدام معلوماتي المتعلقة بتعاطي المواد أو الإفصاح عنها في أي إجراءات جنائية أو مدنية أو إدارية تُتخذ ضدي، ما لم أقدم موافقة كتابية محددة أو يصدر أمر قضائي بذلك.

القسم 9: التوقيعات	
يجب توقيع وتاريخ واحد على الأقل مما يلي لإكمال هذا النموذج	
العميل إذا كان العميل قاصرًا لديه السلطة القانونية للموافقة على علاج تعاطي المخدرات الخاص به بموجب قانون الولاية، يجب على القاصر التوقيع على النموذج. إذا بلغت 18 عامًا، أو إذا تغيرت وصايتك، فستحتاج إلى تقديم موافقة جديدة.	تاريخ توقيع
الاسم المطبوع للوالد / الوصي أو الممثل المفوض	
التاريخ	توقيع الوالد / الوصي / الممثل المفوض في حالة التوقيع نيابة عن قاصر، يجب أن يكون الشخص مخولًا قانونًا بالموافقة على الكشف عن معلومات القاصر الخاصة بتعاطي المخدرات. يجب تقديم وثائق السلطة (على سبيل المثال: أوراق الوصاية أو أمر المحكمة). يرجى وصف السلطة:

يحظر الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية، الجزء 2، استخدام هذه السجلات أو الإفصاح عنها دون تصريح.