

**رضایت برای استفاده و افشای اطلاعات سوءمصرف مواد
برای درمان، پرداخت و عملیات‌های مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی یا صرفاً پرداخت و عملیات‌های مراقبت‌های
بهداشتی‌درمانی (بخش 2 از مجموعه قوانین فدرال، شماره 42، 42 CFR PART 2)**

Alameda County Health (سازمان بهداشت کانتی Alameda، AC Health) متعهد است باکفیت‌ترین مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی را به شما ارائه کند. AC Health از چندین دپارتمان و برنامه تشکیل شده است که از میان آن‌ها می‌توان به سلامت رفتاری، سلامت عمومی، خدمات پزشکی اضطراری، مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی برای افراد بی‌خانمان و خدمات مسکن و بی‌خانمانی اشاره کرد. AC Health برای ارائه این خدمات ضروری نیز با ارائه‌دهندگان جامعه قرارداد دارد. برای اطمینان از بهره‌مندی‌تان از مراقبت‌های ایمن، هماهنگ و مؤثر، اعضای تیم بالینی‌مان باید درک کاملی از سابقه سلامت و خدمات مراقبتی دریافتی‌تان در کانتی و ارائه‌دهندگان وابسته داشته باشند. بر همین اساس، AC Health، اداره سلامت رفتاری (ACBHD) مایل است اجازه شما برای استفاده و افشای اطلاعات سوءمصرف مواد را برای درمان، پرداخت و عملیات‌های مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی کسب کند. امضای این سند توسط شما به منزله ارائه اجازه استفاده و افشای اطلاعات سوءمصرف مواد شما طبق توصیف زیر است.

بخش 1. اطلاعات مشتری

نام کامل: _____

(نام)

(حرف اول نام میانی)

(نام خانوادگی)

نام برنامه/کلینیک: _____

Medi-Cal CIN

تاریخ تولد

شماره تلفن

بخش 2. رضایت نسبت به استفاده و افشا و اهداف افشا

با امضای این فرم، بنده رضایت می‌دهم افراد و سازمان‌های نامبرده در بخش 3، اطلاعات توصیف‌شده من در بخش 5 را برای اهداف (فقط یک مورد از این موارد را انتخاب کنید) به افراد و سازمان‌های نامبرده در بخش 4 ارائه دهند:

☐ درمان، پرداخت و عملیات‌های مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی (TPO)

یا

☐ صرفاً پرداخت و عملیات‌های مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی

تحت این رضایت، بنده/اجزه نمی‌دهم سوابق بخش 2 من برای اهداف درمانی افشا شود.

چند مثال از درمان، پرداخت و عملیات‌های مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی در زیر ارائه شده است.	
درمان	به‌عنوان‌مثال، ارائه‌دهنده درمان سوءمصرف مواد می‌تواند با هدف ارتقای طرح درمان با ارائه‌دهندگان درمان من (مانند سلامت روان، مراقبت‌های اولیه) مشورت کند، یا ACBHD ارتباط من با خدمات اسکان یا مزایای دولتی را هماهنگ کند.
پرداخت	به‌عنوان‌مثال، ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی می‌تواند اطلاعات مربوطه را برای دریافت هزینه خدمات ارائه دهد و واجد شرایط بودن من برای خدمات یا مزایا را تعیین کند.
عملیات‌های مراقبت‌های بهداشتی	به‌عنوان‌مثال، این موضوع اجازه می‌دهد اطلاعاتم برای فعالیت‌های اداری، مالی، حقوقی، حسابرسی و ارتقای کیفیت که برای مدیریت کسب‌وکارهای سازمان‌ها ضروری است و می‌تواند به درمان و پرداخت هزینه خدمات دریافتی‌ام کمک کند، به اشتراک گذاشته شود.

بخش 3. نام یا انواع سازمان‌های افشاکننده اطلاعات
• اداره سلامت رفتاری کانتی Alameda. • تمام ارائه‌دهنده(ها) یا سازمان(های) سابق، حال یا آینده که مسئول درمان، پرداخت یا عملیات‌های مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی‌ام هستند، از جمله هر سازمانی که در ارائه این فعالیت‌ها به آن‌ها کمک می‌کند.

بخش 4. نام سازمان‌های دریافت‌کننده اطلاعات
• اداره سلامت رفتاری کانتی Alameda. • اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی کالیفرنیا. • طرح سلامت یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی. • تمام ارائه‌دهنده(ها) یا سازمان(های) سابق، حال یا آینده که مسئول درمان، پرداخت یا عملیات‌های مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی هستند، از جمله هر سازمانی که در ارائه این فعالیت‌ها به آن‌ها کمک می‌کند.

بخش 5. شرح اطلاعات درمان سوءمصرف مواد برای افشا
بنده رضایت خود را نسبت به افشای اطلاعات اختلال سوءمصرف مواد خود که تحت 42 CFR Part 2 محافظت می‌شود (شامل، اما نه محدود به، تشخیص، داروها، سوابق درمان و سابقه خانوادگی و اجتماعی) برای اهداف توصیف‌شده در این فرم رضایت اعلام می‌کنم.



بخش 6. انقضا

این رضایت منقضی نمی‌شود، مگر اینکه بنده تاریخ یا رویداد انقضا را اینجا درج کنم: _____

بخش 7. حقوق من

- بنده درک می‌کنم که ملزم به امضای این فرم رضایت نیستم. اگر این فرم را برای حداقل اجازه دادن نسبت به استفاده و افشا برای پرداخت و عملیات‌های مراقبت‌های بهداشتی امضا نکنم، ممکن است اجازه دسترسی به برنامه‌ها یا خدماتی که نیازمند افشای اطلاعات سوء مصرف مواد است، از من سلب شود.
- از طریق تماس با افراد یا سازمان‌هایی که مایل نیستم اطلاعات من را افشا کنند، می‌توانم این رضایت را در هر زمان پس بگیرم، مگر اینکه آن‌ها قبلاً برای افشای اطلاعاتم به این رضایت استناد کرده باشند. رضایت خود را می‌توانم کتبی یا شفاهی پس بگیرم.
- بنده از حق دریافت نسخه‌ای از این رضایت‌نامه برخوردار هستم.

بخش 8. اطلاعیه افشای مجدد

بنده با امضای این فرم اجازه می‌دهم اطلاعات سوء مصرف مواد من طبق توصیف بالا، مجدداً افشا شود. افراد یا سازمان‌های نامبرده در بخش 4 می‌توانند برای استفاده و افشای اطلاعات من جهت درمان، پرداخت و عملیات‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی یا صرفاً پرداخت و عملیات‌های مراقبت‌های بهداشتی (بسته به مواردی که در بخش 2 علامت زده‌ام)، فقط در چارچوب مجاز قانون، به این رضایت استناد کنند.

پس از استفاده یا افشای اطلاعاتم تحت این رضایت، به‌جای محافظت‌های سخت‌گیرانه‌تر تحت 42 CFR Part 2، امکان استفاده یا افشای مجدد آن تحت قانون انتقال و پاسخ‌گویی الکترونیک بیمه سلامت (HIPAA) وجود دارد. با وجود این، طبق بخش 2، بدون رضایت کتبی مشخص یا حکم دادگاه، همچنان استفاده و افشای اطلاعات سوء مصرف مواد من در رویه‌های جنایی، مدنی یا اداری ممنوع است.



بخش 9. امضاها

برای تکمیل این فرم، حداقل یکی از موارد زیر باید امضا شود و تاریخ گذاشته شود

تاریخ

امضای مشتری

اگر مشتری فردی زیر سن قانونی است که تحت قانون ایالتی دارای صلاحیت قانونی برای اظهار رضایت نسبت به درمان سوء مصرف مواد خود است، این فرد زیر سن قانونی باید فرم را امضا کند. اگر 18 ساله شوید یا وضعیت قیمومت شما تغییر کرد، باید رضایتنامه جدیدی ارائه دهید.

والد/قیم یا نماینده مجاز نام با حروف بزرگ و مجزای انگلیسی

تاریخ

امضای والد/قیم/نماینده مجاز

در صورت امضا از طرف فرد زیر سن قانونی، آن فرد باید از نظر قانونی مجاز به ارائه رضایت نسبت به افشای اطلاعات SUD فرد زیر سن قانونی باشد. مستندات صلاحیت (مانند مدارک قیمومت، حکم دادگاه) باید ارائه شود. لطفاً صلاحیت را توصیف کنید:

براساس 42 CFR Part 2، استفاده یا افشای غیرمجاز این سوابق ممنوع است