

الموافقة على الكشف عن معلومات تعاطي المخدرات لأغراض أخرى (42 CFR الجزء 2)

التعليمات:

- يمكن تحديد مربع واحد فقط لكل نموذج موافقة.
- إذا كنت ترغب في السماح بالإفصاح عن معلومات اضطراب تعاطي المخدرات الخاصة بك إلى أطراف متعددة لأغراض مختلف ، فيجب ملء نموذج موافقة منفصل لكل منها. مثال: إذا كنت تأذن بالإفصاح عن المعلومات العامة حول تعاطي المخدرات إلى مسؤول المراقبة والإفصاح عن ملاحظات الاستشارة لنفس مسؤول المراقبة، يجب عليك إكمال نموذج منفصل لكل نوع من أنواع المعلومات.

يرجى تحديد مربع واحد فقط:

- ☐ الوالد / الوصي أو الممثل القانوني - الإفصاح للممثلين المخولين قانونًا.
- ☐ الإجراءات القانونية / المحكمة - الإفصاح عن مسألة قانونية محددة. أفهم أنه يمكن استخدام معلوماتي SUD في الإجراءات الجنائية أو المدنية أو الإدارية. رقم الحالة (إذا كانت معروفة): _____
- ☐ ملاحظات الاستشارة- الكشف عن استشارة SUD لغير أغراض العلاج.
- ☐ أخرى (يرجى الوصف): _____

القسم 1: معلومات العميل

الاسم الأول	اللقب	الاسم الأوسط:
رقم Medi-Cal CIN	تاريخ الميلاد	رقم الهاتف

القسم 2: الموافقة / التفويض بالإفصاح عن معلوماتي (شفهية أو كتابية)

a. أفوض الفرد (الأفراد) أو المنظمة (المنظمات) التالية بالإفصاح عن السجلات:

b. أفوض الفرد (الأفراد) أو المنظمة (المنظمات) التالية لتلقي سجلاتي:

c. السجلات التي سيتم الكشف عنها (حدد أنواع المعلومات التي توافق/تأذن بالإفصاح عنها).
هام: إذا كنت توافق على الكشف عن ملاحظات الاستشارة في نموذج الموافقة هذا، لا تحدد أي مربعات أدناه،
حيث أن ملاحظات الاستشارة هي فئة منفصلة من السجلات بموجب قواعد الجزء 2.

☐ تاريخ الخدمة	☐ الأدوية	☐ نتائج فحص المخدرات والاختبارات المعملية
☐ معلومات التقييم	☐ خطط العلاج	☐ خطط وموجز المريض عند الخروج
☐ التشخيص	☐ ملاحظات التقدم	
☐ أخرى (يرجى التوضيح):		

القسم 3: الغرض من الإفصاح
أوافق / أصرح بالكشف عن معلوماتي للأغراض (الأغراض) التالية فقط:

القسم 4: انتهاء الصلاحية
سنتنتهي صلاحية هذه الموافقة بعد عامين (2) من تاريخ توقيعي على هذا النموذج ، ما لم أكتب في تاريخ انتهاء
الصلاحية أو الحدث هنا: _____

- القسم 5: حقوقي**
- لا يتوجب علي التوقيع على نموذج الموافقة المائل. لا يتطلب العلاج والدفع والتسجيل في خطة صحية و/أو الأهلية للحصول على المزايا توقيعي على هذا النموذج. التوقيع على هذا النموذج طوعي وضروري فقط إذا كنت أريد أن يحدث الإفصاح الموضح في هذا النموذج.
 - بمجرد استخدام معلومات اضطراب تعاطي المواد (SUD) الخاصة بك أو مشاركتها، فقد لا تعود محمية بموجب القانون الفيدرالي (الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية، الجزء 2، أو قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة) أو قد لا تتمتع بمستوى الحماية نفسه الذي كانت تتمتع به قبل استخدامها أو مشاركتها.
 - يجوز لي إلغاء هذه الموافقة في أي وقت عن طريق الاتصال بالأفراد أو المنظمات المدرجة في القسم 2، باستثناء الحد الذي تم فيه الكشف عن معلوماتي بالفعل بالاعتماد على هذه الموافقة.
 - يحق لي الحصول على نسخة من نموذج الموافقة هذا.

القسم 6: إشعار إعادة الإفصاح
أفهم أن القانون الفيدرالي الصارم يحمي معلوماتي عن تعاطي المخدرات. يحظر هذا القانون على أي شخص يتلقى معلوماتي إعادة الكشف عنها ما لم أصرح بها كتابة على وجه التحديد ، أو يسمح القانون بذلك بخلاف ذلك.

القسم 7: التوقيعات

يجب توقيع وتأريخ واحد على الأقل مما يلي لإكمال هذا النموذج.

التاريخ	توقيع 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.

الاسم المطبوع للوالد / الوصي أو الممثل المفوض

التاريخ	توقيع الوالد / الوصي أو 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.