

رضایت نسبت به افشای اطلاعات سوء مصرف مواد برای سایر اهداف (42 CFR PART 2)

دستور العمل‌ها:

- فقط یک کادر را می‌توانید برای هر فرم رضایت علامت بزنید.
- اگر مایل باشید اجازه دهید اطلاعات اختلال سوء مصرف مواد (SUD) شما برای اهداف مختلف در اختیار طرفین متعددی قرار گیرد، لازم است فرم رضایت جداگانه‌ای برای هریک تکمیل کنید. مثال: اگر اجازه می‌دهید افشای اطلاعات عمومی سوء مصرف مواد در اختیار مأمور ناظر قرار گیرد و افشای یادداشت‌های مشاوره برای همان مأمور صورت گیرد، باید فرم جداگانه‌ای برای هر نوع اطلاعات تکمیل کنید.

لطفاً فقط یک گزینه را علامت بزنید.

- ☐ والد/قیم یا نماینده قانونی – افشا به نمایندگان قانونی مجاز.
- ☐ رویه‌های حقوقی/دادگاه – افشا برای مسائل حقوقی خاص. متوجه هستم ممکن است اطلاعات SUD من در رویه‌های رسیدگی جنایی، مدنی یا اداری استفاده شود.
- شماره پرونده (در صورت اطلاع): _____
- ☐ یادداشت‌های مشاوره- افشای یادداشت‌های مشاوره SUD خارج از اهداف درمان.
- ☐ سایر (لطفاً توصیف کنید): _____

بخش 1. اطلاعات مشتری

نام	نام خانوادگی	نام میانی
Medi-Cal CIN	تاریخ تولد	شماره تلفن

بخش 2. رضایت/اجازه نسبت به افشای اطلاعات (شفاهی یا کتبی)
a. اجازه می‌دهم این فرد(افراد) یا سازمان(ها) سوابق من را افشا کنند:

b. اجازه می‌دهم این فرد(افراد) یا سازمان(ها) سوابق من را دریافت کنند:

c. سوابق مدنظر برای افشا (نوع اطلاعاتی که رضایت/اجازه می‌دهید افشا شود).
مهم: اگر اجازه می‌دهید یادداشتهای مشاوره در این فرم رضایت افشا شود،
هیچکدام از کارهای زیر را علامت نزنید، زیرا طبق قوانین بخش 2،
یادداشتهای مشاوره دسته‌بندی جداگانه‌ای از سوابق هستند.

☐ سابقه خدمات	☐ داروها	☐ دارو و نتایج آزمایشگاه
☐ اطلاعات ارزیابی	☐ طرح‌های درمان	☐ خلاصه‌ها و طرح‌های ترخیص
☐ تشخیص	☐ یادداشتهای روند پیشرفت	
☐ سایر (لطفاً شرح دهید):		

بخش 3. هدف از افشا
رضایت/اجازه می‌دهم اطلاعاتم فقط برای هدف(اهداف) زیر افشا شود:

بخش 4. انقضا

این رضایت دو (2) سال پس از تاریخ امضای این فرم منقضی خواهد شد، مگر اینکه تاریخ یا رویداد انقضا را اینجا درج کنم:

بخش 5. حقوق من

- مجبور نیستم این رضایت فرم را امضا کنم. برای بهره‌مندی از درمان، پرداخت، ثبت‌نام در طرح سلامت و/یا واجد شرایط بودن برای مزایا، ملزم به امضای این فرم نیستم. امضای این فرم اختیاری است و فقط در صورتی ضروری است که مایل باشم افشای توصیف‌شده در این فرم انجام شود.
- پس از استفاده یا اشتراک‌گذاری اطلاعات SUD شما، ممکن است این اطلاعات دیگر توسط قانون فدرال (42 CFR Part 2) یا قانون انتقال و پاسخ‌گویی الکترونیک بیمه سلامت) محافظت نشود یا به شیوه‌ای مانند قبل از استفاده یا اشتراک‌گذاری محافظت نشود.
- می‌توانم در هر زمان از طریق تماس با افراد یا سازمان‌های ذکر شده در بخش 2، رضایت خود را پس بگیرم، مگر اینکه اطلاعات من با استناد به این رضایت، قبلاً افشا شده باشد.
- بنده از حق دریافت نسخه‌ای از این رضایت‌نامه برخوردار هستم.

بخش 6. اطلاعیه افشای مجدد

متوجه هستم قانون فدرال سخت‌گیرانه از اطلاعات سوءمصرف مواد من محافظت می‌کند. این قانون اجازه نمی‌دهد فرد دریافت‌کننده اطلاعاتم، آن را افشا کند، مگر اینکه مشخصاً به‌صورت کتبی اجازه دهم این اقدام انجام شود یا قانون انجام آن را مجاز بداند.

بخش 7. امضاها

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

امضای مشتری	تاریخ
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 رضایت نامه جدیدی ارائه دهید.	

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

امضای والد/قیم یا نماینده مجاز	تاریخ
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:	

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