|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اطلاعات بیمار** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **نام خانوادگی** | | | **نام کوچک** | | | | **حرف اول نام وسط** |
|  |  | |  | |  | |  |
| **تاریخ تولد** | **شماره تامین اجتماعی (Social Security)** | | **تلفن منزل** | | **تلفن محل کار** | | **داخلی** |
|  | | |  | |  | |  |
| **آدرس خیابان** | | | **شهر** | | **ایالت** | | **کد پستی** |
| **بدین‌وسیله موافقت می‌نمایم که اطلاعات شخصی قابل‌شناسایی اینجانب در ارتباط با**  **اختلال مصرف مواد (SUD)، از سوی اشخاص یا سازمان‌های زیر منتشر شود:** | | | | | | | |
| **• پرسنل خدمات مراقبت‌های درمانی رفتاری آلامدا کانتی (BHCS)**  **• شبکه ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت‌های درمانی رفتاری برای اختلال مصرف مواد (مجموعاً با عنوان SPN)\***  **• سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی-درمانی کالیفرنیا** | | | | **• Medi-Cal (برنامه مراقبت‌های بهداشتی-درمانی)، Medicaid (برنامه مراقبت‌های بهداشتی-درمانی برای خانواده‌ها و افراد با منابع و درآمد محدود) و/یا Medicare (بیمه سلامت و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی)**  **• شرکت بیمه یا پرداخت‌کننده زیر:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  () جهت افزودن یک ارائه‌دهنده خدمات درمانی خارج از BHCS یا شبکه SPN، کادر مربوطه را تیک بزنید و اطلاعات زیر را تکمیل نمایید: | | | |
| **ارائه‌دهنده خدمات درمانی خارج از SPN** | | | | **شماره تلفن** | | **داخلی** | |
|  | | | |  | |  | |
| **آدرس خیابان** | | **شهر** | | **ایالت** | | **کد پستی** | |
| **بدین‌وسیله موافقت می‌نمایم که اطلاعات شخصی قابل‌شناسایی اینجانب در ارتباط با**  **اختلال مصرف مواد (SUD)، جهت استفاده در اختیار اشخاص یا سازمان‌های زیر قرار بگیرد:** | | | | | | | |
| **• پرسنل خدمات مراقبت‌های درمانی رفتاری آلامدا کانتی (BHCS)؛ • شبکه ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت‌های درمانی رفتاری برای اختلال مصرف مواد (SPN)\***  **• سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی-درمانی کالیفرنیا**  **• ارائه‌دهنده خدمات درمانی خارج از SPN ذکرشده در بالا** | | | | **• Medi-Cal (برنامه مراقبت‌های بهداشتی-درمانی)، Medicaid (برنامه مراقبت‌های بهداشتی-درمانی برای خانواده‌ها و افراد با منابع و درآمد محدود) و/یا Medicare (بیمه سلامت و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی)**  **• شرکت بیمه یا پرداخت‌کننده زیر:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  () برای سایر موارد، کادر مربوطه را تیک بزنید و اطلاعات زیر را تکمیل نمایید: | | | |
| **نام ارائه‌دهنده/کلینیک/بیمارستان** | | | | **شماره تلفن** | | **داخلی** | |
|  | | | |  | |  | |
| **آدرس خیابان** | | **شهر** | | **ایالت** | | **کد پستی** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| درک می‌کنم که درمان، تشخیص و ارجاع اختلال مصرف مواد (SUD)؛ پرداخت؛ ثبت‌نام؛ مدیریت پرونده؛ هماهنگی مراقبت؛ مدیریت دارو؛ و/یا صلاحیت دریافت مزایای اینجانب جهت تکمیل این اجازه‌نامه ضروری است. | | | |
| **انقضا:**  **این اجازه‌نامه، دوازده (12) ماه پس از آخرین تاریخ ارائه خدمات اختلال مصرف مواد (SUD) از سوی BHCS و/یا SPN، منقضی می‌شود.** | | | |
| **هدف انتشار اطلاعات مقدار و نوع** | | | |
| • درمان، تشخیص و ارجاع  • پرداخت  • مدیریت پرونده، هماهنگی مراقبت و  مدیریت دارو  • پوشش، هماهنگی و صلاحیت دریافت  کمک‌های عمومی، مزایا و خدمات  • فعالیت‌ها و اقدام‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی-درمانی  • تحقیق، ارزیابی، حسابرسی | | • صرفاً محدود به اطلاعات ضروری  در راستای تحقق هدف انتشار اطلاعات  • بدین‌وسیله موافقت خود را با انتشار مجدد اطلاعات محرمانه اینجانب  در ارتباط با اختلال مصرف مواد (SUD)، تحت مفاد این اجازه‌نامه  و بند 2 از ماده 42 قانون مقررات فدرال (42 CFR part 2)، از سوی دارندگان قانونی این اطلاعات اعلام می‌نمایم.  • سایر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **امضای بیمار** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **نام بیمار (با حروف خوانا یا با تایپ ماشینی)** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **تاریخ** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **امضای والد یا سرپرست** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **نام بیمار (با حروف خوانا یا با تایپ ماشینی)** | | () والد \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  () سرپرست **تاریخ** |
| **الغا و درخواست:** درک می‌کنم که حق دارم در هر زمان این مجوز را الغا نمایم مگر در مورد اقدامی که بر اساس یا در واکنش به این اجازه‌نامه صورت گرفته باشد. درک می‌کنم که جهت الغای این اجازه‌نامه نزد خدمات مراقبت‌های درمانی رفتاری آلامدا کانتی (BHCS)، باید با یکی از نمایندگان اطلاعات سلامت BHCS تماس بگیرم. همچنین درک می‌کنم که باید به ازای هر فرد یا سازمان دیگری که در بالا به آن، اجازه انتشار، دریافت یا استفاده از اطلاعات شخصی قابل‌شناسایی خود در ارتباط با اختلال مصرف مواد (SUD) را اعطا کرده‌ام، یک درخواست الغای مجزا تهیه کنم تا اجازه اعطا‌شده به آن فرد یا نهاد را لغو نمایم.  \* SPN شامل ارائه‌دهندگان پیشین، کنونی و آتی شبکه است. فهرستی از ارائه‌دهندگان شبکه که در حال حاضر در SPN مشارکت دارند در آدرس زیر در دسترس است: http://www.acbhcs.org/provider\_directory/ درک می‌کنم که حق دارم فهرستی از نهادهایی را که اطلاعات قابل‌شناسایی بیمارم، به تبعِ موافقت کلی تحت این اجازه‌نامه و مقررات مربوطه، در اختیار آنها قرار گرفته است درخواست نمایم. همچنین درک می‌کنم که چنین درخواستی باید به صورت کتبی و محدود به اطلاعات منتشرشده در طی دو سال گذشته باشد. | | | |
|  | | | |
| **ممنوعیت انتشار مجدد اطلاعات محرمانه اختلال مصرف مواد (SUD):** بر اساس بند 2 از ماده 42 قانون مقررات فدرال (42 CFR part 2)، انتشار بدون مجوز این سوابق ممنوع است. | | | |
| **برنامه‌های اختلال مصرف مواد (SUD) SUD-ROI-BHCS - الغا 04/18** | | | |