

1. بيانات العميل أو صاحب الحالة

الاسم أو الأسماء المعروف بها سابقاً	تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة)	رقم الهاتف المناسب للاتصال نهاراً: ()
عنوان الشارع أو صندوق البريد:	المدينة:	الولاية:
	الرمز البريدي:	

2. أُفِّرُ بأنني قد فوّضت وكالة Public Health Madison and Dane County (وكالة الصحة العامة في مدينة ماديسون ومقاطعة دين، والمعروفة اختصاراً باسم وكالة PHMDC) بالإفصاح عن البيانات الصحية والسجلات الطبية أو تحصيلها من مقدم خدمات الرعاية الصحية أو الوكالة أو المؤسسة أو الفرد الوارد ببيانه فيما يلي:

اسم مقدم خدمات الرعاية الصحية أو الوكالة أو المؤسسة أو الفرد:	رقم تعريف العميل أو صاحب الحالة (اختياري):
عنوان الشارع: ()	المدينة:
	الولاية:
	الرمز البريدي:
	الهاتف:

3. أُفِّرُ بأنني أُجيز التبادل الشفهي للبيانات الطبية، ذات الصلة بخدمات الرعاية والعلاجات التي أتلقاها، بين «مقدم خدمات الرعاية الصحية أو الوكالة أو المؤسسة أو الفرد المتقدم ببيانه، ومن ذلك الطبيب الذي يتولى علاجي وطاقم العاملين معه» و«وكالة PHMDC (أو مَنْ يُمثِّلها)، ومنها ممرضة الصحة العامة القائمة على رعايتي لدى الوكالة، على وجه التحديد»:

اسم ممرضة الصحة العامة ورقم هاتفها:

4. البيانات الطبية أو الحالة الصحية المحددة المرخص بالإفصاح عن المعلومات المتصلة بها أو تحصيلها أو تبادلها شفهيًا:

5. من بين الحالات المستثناة من هذا التفويض (يجب تحديد السجلات أو المعلومات المعنية في هذا الشأن):

6. المقصد من الإفصاح (يجب تحديد جميع البنود المناسبة):

الإحالة مواصلة تقديم خدمات الرعاية والعلاج تحديد أوجه الحاجات الخاصة التحقيقات القانونية غير ذلك

7. أوجه الإفصاح التي تستلزم موافقة خاصة: في توقيعي المُثبَّت أدناه إقرار بالموافقة على الإفصاح، على وجه التحديد، عن البيانات الصحية ذات الصلة باختبارات الكشف عن الفئات المُحدَّدة فيما يلي، وتشخيصها، وعلاجها:

الصحة الذهنية الحاجات الخاصة ذات الصلة بالنمو معاقرة الكحوليات أو تعاطي المخدرات، أو كلاهما فيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز

8. تاريخ الانقضاء: هذا التفويض نافذ لمدة قدرها عام واحد؛ ما لم يُذكر فيه غير ذلك، ويشمل بالنفاذ السجلات التي تُنشأ بعد تاريخ التوقيع عليه، أو التاريخ المُحدَّد فيه بخلاف ذلك، أو تاريخ الواقعة المعنية به، ما دام ذلك العلاج أو تلك الخدمات مُقدَّمة في أثناء نفاذه.

التاريخ المُحدَّد في التفويض، أو تاريخ الواقعة المعنية به، بخلاف تاريخ توقيعه؛ إن لم تكن مدة التاريخ (الشهر / اليوم / السنة) أو الواقعة المعنية:

9. هل ينفذ هذا التفويض بشأن السجلات الورقية؟ نعم لا

10. لإطلاع وكالة PHMDC على السجلات الطبية الورقية، يجب إرسالها بالفاكس أو البريد إلى هذا العنوان (يُرجى التأكد من المكان الوارد ببيانه أدناه):

210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
Fax: (608) 266-4858

2705 E. Washington Ave.
Madison, WI 53704
Fax: (608) 266-4858

2300 S. Park St., Rm. 2010
Madison, WI 53713
Fax: (608) 266-4858

التاريخ (الشهر / اليوم / السنة)

توقيع العميل أو صاحب الحالة

التاريخ (الشهر / اليوم / السنة)

* توقيع ولي أمر القاصر المعني أو الوصي عليه أو وكيله القانوني.

يُرجى بيان الصفة القانونية:

* إذا وقَّع هذا التفويض أحد والدي القاصر المعني: أُفِّرُ بموجبه بأنني غير ممنوع من حضانتها هذا الطفل قانونًا، وبأنني غير ممنوع من الاطلاع على سجلاته. وأما إن كان الذي وقَّع هذا التفويض الوصي القانوني على هذا القاصر، فيُرجى تقديم نسخة من مستندات الوصاية النافذة في الوقت الراهن. وأما إن الذي وقَّع هذا التفويض وكيل هذا القاصر بموجب توكيل رسمي، فيُرجى تقديم نسخة من التوكيل وبيان إثبات حالة القاصر.

المرجع: المرجع: البند (146.82) والبند (51.30) والبند (252.15) من القوانين الأساسية النافذة في ولاية ويسكنسن (WI Statutes)، فضلاً عن الاشتراطات الوارد ببيانه في البند (CFR Part 2 & 45 CFR Part 164 42) من قانون نقل بيانات التأمين الصحي والمعاملة بشأن ذلك (HIPAA).

معلومات أخرى بشأن أوجه استخدام البيانات الصحية المحمية والإفصاح عنها

تُوجب القاعدة النافذة بشأن حفظ الخصوصية (Privacy Rule)، في قانون نقل بيانات التأمين الصحي والمساءلة بشأن ذلك (HIPAA)، على وكالة Public Health Madison and Dane County (وكالة الصحة العامة في مدينة ماديسون ومقاطعة دين، والمعروفة اختصارًا باسم وكالة PHMDC) ضرورة ضمان حفظ سرية بياناتكم الصحية المصونة وعدم الإفصاح عنها لأي أحد كان، وكذلك ضمان عدم استخدام أحد لها، من دون موافقة أو تفويض منكم بشأن ذلك؛ باستثناء ما يجيزه القانون النافذ في أحوال محددة بعينها.

عدم الإلزام بالتوقيع: ليس عليكم إلزام بتوقيع هذا النموذج؛ ويجوز لكم - من ثم - الامتناع عن توقيعه. فإذا امتنعتم عن توقيعه، فإن وكالة PHMDC ملتزمة بعدم حرمانكم من العلاج أو غيره من خدمات الرعاية الصحية التي تقدم لكم؛ ما لم تكن تلك البيانات الطبية المطلوبة لازمة بالضرورة لتمكين الوكالة من إتاحة العلاج المناسب.

إلغاء التفويض: يحق لكم إلغاء هذا التفويض، في أي وقت كان قبل انقضاء مدته، بموجب طلب مكتوب بشأن ذلك؛ على أن هذا الإلغاء المكتوب لا ينفذ بشأن بياناتكم الطبية التي كُثِفَ عنها بالفعل في الحالات التي أجازها الفرد المعني أو مقدم خدمات الرعاية الصحية أو الوكالة أو المؤسسة المعنية، وفق ما هو وارد في التفويض قبل إلغائه، ممَّا هو مُدرج في القائمة المبينة على ظهر هذا النموذج.

حق الفحص والنسخ: يحق لكم فحص مجموعة محددة بعينها من سجلاتكم الطبية التي نحتفظ بها، ونسخها، ومن ذلك نسخها بصيغة إلكترونية. ولن تُفرض عليكم أي رسوم، إذا طلبتم الإفصاح عن البيانات الصحية بقصد تحصيل المزيد من الرعاية الطبية. غير أنه يجوز لنا أن نُحصِلَ رسوماً مستساغة مقابل نسخ مثل تلك البيانات وإرسالها بالبريد، إذا كانت مطلوبة لمقاصد أخرى.

انقضاء مدة التفويض: تنقضي مدة التفويض في تاريخ اليوم المُحدَّد فيه أو في تاريخ الواقعة الوارد بيانها في هذا النموذج.

إعادة الإفصاح عن البيانات: لا تخضع البيانات، التي يُكشَف عنها بموجب هذا التفويض، لأحكام القوانين الفدرالية النافذة بشأن حفظ الخصوصية في حدود إعفاء الجهات التي تحصيل هذه البيانات من الالتزام بوجوب حفظ سريتها بموجب القوانين النافذة بشأنها.

تبعات الامتناع عن التوقيع: نلتزم بعدم حرمانكم من الخدمات المقدمة إليكم إذا امتنعتم عن توقيع هذا التفويض؛ غير أنه من الجائز أن يكون التزامنا في هذا الشأن مقصوراً على تلك الخدمات التي يمكننا تقديمها إليكم دون تحصيل البيانات اللازم تحصيلها بشأنكم.

التوقيع: إذا كان صاحب التفويض في الثامنة عشرة من العمر أو أكبر من ذلك، فله وحده الحق في توقيع هذا النموذج بشأن التفويض بالإفصاح عن بياناته الطبية أو الكشف عنها. وأما إن كان عمره أدنى من ثمانية عشر عامًا، فيجب أن يُوقَّع هذا النموذج ولي أمره أو الوصي القانوني عليه؛ وإن كان ثمة أحوال كثيرة تُستثنى من هذه القاعدة العامة. وللإطلاع على المزيد من المعلومات بشأن مَنْ يُخَوَّل بصلاحيه توقيع نموذج التفويض هذا، يُرجى التواصل مع مكتب PHMDC Privacy Office (المكتب المعني بشؤون حفظ الخصوصية لدى وكالة PHMDC).

حق تحصيل النسخ: يحق لكم تحصيل نسخة من هذا التفويض بعد توقيعه.

بيانات التواصل معنا: إذا أردتم الاطلاع على المزيد من المعلومات بشأن الحقوق الواجبة لكم بمقتضى القاعدة النافذة بشأن حفظ الخصوصية (Privacy Rule)، في قانون نقل بيانات التأمين الصحي والمساءلة بشأن ذلك (HIPAA)، وغير من القوانين النافذة في الولاية وعلى الصعيد الفدرالي، أو إذا أردتم تحصيل نسخة من الإخطار بخصوص الممارسات المعتمدة بشأن حفظ الخصوصية لدى وكالة PHMDC، أو إلغاء التفويض، أو تسجيل الشكاوى، فيرجى التواصل مع Privacy Officer (المسؤول المعني بشؤون حفظ الخصوصية لدى وكالة PHMDC)، على هذا العنوان:

Privacy Officer
Public Health Madison and Dane County
210 MLK Blvd., Room 507
Madison WI 53703

الهاتف: (608) 266-4821؛ الفاكس: (608) 266-4858؛ البريد الإلكتروني:

health@publichealthmdc.com

ولتحصيل نسخة من الإخطار بخصوص الممارسات المعتمدة بشأن حفظ الخصوصية لدينا، يمكنكم التواصل مع Privacy Officer (المسؤول المعني بشؤون حفظ الخصوصية لدى وكالة PHMDC) أو زيارة موقعنا الإلكتروني:

<http://www.publichealthmdc.com/about>