



تحويل بالإفصاح عن معلومات المنتفع

معلومات المنتفع			
تاريخ الميلاد	الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط
رقم UCI:	العنوان	المدينة/الولاية/الرمز البريدي	

الشخص/المنظمة التي تقدم المعلومات

- إدارة الخدمات النمائية
 مركز بورتيرفيل النمائي
 مركز كانيون سبرينجز النمائي
 دار الرعاية STAR: _____
(موقع دار الرعاية STAR)
 غير ذلك: _____

الشخص/المنظمة التي تتلقى المعلومات

الاسم: _____
العنوان: _____
المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____
الهاتف: _____
البريد الإلكتروني: _____

يجوز إرسال وكذلك استقبال المعلومات فيما بين الأطراف المذكورة أعلاه.

عندما تتلقى إدارة DDS تحويلًا، يكون من الجائز استخدام معلومات المنتفع/المعلومات الصحية أو الإفصاح عنها للغرض المذكور على وجه التحديد في التحويل.

<input type="checkbox"/> نطاق تاريخ السجلات التي سيتم الإفصاح عنه: _____ حتى _____ أو <input type="checkbox"/> الإفصاح عن السجلات أدناه بموجب التحويل، بغض النظر عن التاريخ.
--

معلومات المريض السرية: راجع قانون Welfare & Institutions، القسم 4514، قاعدة الخصوصية
HIPAA، القسم 164.508 من قانون CFR



تحويل بالإفصاح عن معلومات المنتفع

وصف المعلومات التي سيتم الإفصاح عنها:

(جميع السجلات التي تم جمعها، وحفظها، واستخدامها، والإفصاح عنها من قبل DDS، هي سجلات الصحة النفسية).

معرّف شخصي وتشخيص و/أو معلومات ديموغرافية

خطة البرنامج الفردية (IPP)

سجلات الأدوية

تقارير الفحوصات المخبرية السريرية

تاريخ الفحوصات البدني / الطبية

سجلات علاج اضطراب تعاطي المواد (SUD)

معلومات الفوترة/المطالبات/شراء الخدمة

الوثائق القانونية

غير ذلك (يرجى التحديد):

**يسمح هذا التحويل بالإفصاح عن السجلات التالية لمرة واحدة فقط.
حالات الإفصاح اللاحقة سوف تتطلب تحويلاً آخر.**

الأحرف الأولى لاسم المنتفع	السجلات المحمية بشكل خاص
	<input type="checkbox"/> نتائج فحوصات HIV/AIDS
	<input type="checkbox"/> نتائج الفحوصات الوراثية

الغرض من الإفصاح عن المعلومات

بناء على طلب المنتفع (فقط إذا قام المنتفع بمنح تحويل)

التمثيل القانوني

غير ذلك:

معلومات المريض السرية: راجع قانون Welfare & Institutions، القسم 4514، قاعدة الخصوصية
HIPAA، القسم 164.508 من قانون CFR



تحويل بالإفصاح عن معلومات المنتفع

الغرض من الإفصاح عن المعلومات

أنا أدرك ما يلي:

أنا أوافق على الإفصاح عن (أوافق على مشاركة) معلوماتي الصحية الشخصية. عندما يتم إرسال المعلومات إلى/من إدارة الخدمات النمائية، فإن الشخص/المنظمة الأخرى سوف تعرف أنني تلقيت خدمات نمائية.

أنا أقوم بتوقيع هذا التحويل بشكل طوعي (باختياري الخاص - من دون إكراه)، ولن يتأثر علاجي أو مدفوعاتي أو تسجيلي أو أهليتي للحصول على المخصصات إذا لم أوقع على هذا التحويل.

قد تتم إعادة مشاركة المعلومات التي تم الإفصاح عنها للآخرين ولا تعد محمية إذا تم الإفصاح عنها لأي شخص آخر غير الجهة المغطاة.

قد يتم فرض رسوم بسيطة على الشخص الذي يطلب المعلومات من أجل تغطية تكاليف النسخ والإرسال.

لدي الحق في الحصول على نسخة من هذا التحويل.

الحق في التعديل أو الإلغاء: قبل إصدار أي معلومات، لدي الحق في تعديل أو إلغاء هذا التحويل (تغيير رأبي وعدم السماح بإصدار المعلومات)، ما لم يحدث ما يلي:

1. قامت إدارة DDS بتقديم السجلات بالفعل استنادًا إلى التحويل السابق؛

أو

2. تم الحصول على هذا التحويل كشرط للحصول على التغطية التأمينية، ويمنح القانون الآخر شركة التأمين الحق في الاعتراض على المطالبة بموجب البوليصة أو البوليصة نفسها.

معلومات المريض السرية: راجع قانون Welfare & Institutions، القسم 4514، قاعدة الخصوصية
HIPAA، القسم 164.508 من قانون CFR



تحويل بالإفصاح عن معلومات المنتفع

للتعديل أو الإلغاء، سأرسل طلبًا مكتوبًا إلى:

إدارة الخدمات النمائية

مركز بورتيرفيل النمائي

مركز كانيون سبرينجز النمائي

STAR: _____ دار الرعاية

(موقع دار الرعاية STAR)

غير ذلك: كما تم تحديده أعلاه باسم "الشخص/الجهة التي تقدم المعلومات".

إذا لم يتم إلغاؤه، فسوف تنتهي صلاحية هذا التحويل في نهاية:

التاريخ (حدد): _____

6 أشهر

سنة واحدة

الحدث (حدد): _____

التاريخ	توقيع المنتفع أو <input type="checkbox"/> الممثل الشخصي
	الاسم بحروف واضحة
التاريخ	<input type="checkbox"/> الفرد هو منتفع حالي، لقد قمت بمراجعة هذا التحويل مع المنتفع قبل التوقيع على النموذج.
	<input type="checkbox"/> لقد قمت بالتحقق من صلاحية الممثل الشخصي للتوقيع نيابة عن المنتفع.
التاريخ	توقيع الموظف المسؤول
	الاسم بحروف واضحة

معلومات المريض السرية: راجع قانون Welfare & Institutions، القسم 4514، قاعدة الخصوصية
HIPAA، القسم 164.508 من قانون CFR