

ST DAVID'S HEART AND VASCULAR نموذج HIPAA الخاص بموافقة وإقرار المريض

اسم المريض:

تاريخ الميلاد:

(المريض/الحروف الأولية الممثلة للاسم) إشعار ممارسات الخصوصية.

أقر بأنني استلمت إشعار ممارسات الخصوصية، الذي يصف الطرق التي يمكن للممارسة من خلالها استخدام معلومات الرعاية الصحية الخاصة بي أو الإفصاح عنها لتلقي العلاج، والدفع، وعمليات الرعاية الصحية، وغيرها من الاستخدامات والإفصاحات الموصوفة المسموح بها. وأعي أنه في حال كان لدي أي سؤال أو شكوى يجوز لي الاتصال بمسؤول الخصوصية المعني بالإشعار. وأدرك أنه يجوز لمقدم الخدمة و/أو شركاء عمل مقدم الخدمة الإفصاح عن هذه المعلومات إلكترونياً. وأوافق على استخدام المعلومات الخاصة بي واستخدامها وفقاً للأغراض الموضحة في إشعار ممارسات الخصوصية، بقدر ما يسمح به القانون.

(المريض/ الحروف الأولية الممثلة للاسم) إعطاء المعلومات.

- وبهذا أسمح للممارسة، والأطباء، وغيرهم من العاملين في مجال الصحة المشاركين في رعاية المرضى داخل المستشفى وخارجها بإعطاء معلومات الرعاية الصحية للأغراض المتعلقة بالعلاج، والدفع، وعمليات الرعاية الصحية.
- يجوز إتاحة معلومات الرعاية الصحية المتعلقة بطلب (طلبات) القبول المسبق (المسبقة) من أي مرفق آخر تابع لهيئة الرعاية الصحية لأي مرفق قبول غيره تابع لهيئة الرعاية الصحية من أجل تنسيق رعاية المريض أو لأغراض إدارة الحالة. كما يجوز إعطاء معلومات الرعاية الصحية لأي شخص مسؤول أو جهة مسؤولة عن الدفع نيابة عن المريض بهدف السؤال عن التغطية والدفع والتحقق منهما، أو لأي أغراض أخرى تتعلق بدفع الاستحقاقات. ويجوز أيضاً إعطاء معلومات الرعاية الصحية إلى من ينوب عن صاحب العمل عندما ترتبط الخدمات المقدمة بالمطالبة الموجبة لتعويضات العمال.
 - أصرح بإعطاء معلومات الرعاية الصحية الخاصة بي إلى إدارة التأمينات الاجتماعية أو الوسطاء أو الشركات أو وكالة حكومية مختصة، إذا كنت مغطى ببرنامج Medicare أو Medicaid من أجل دفع مطالبة Medicare أو Medicaid. ويجوز أن تتضمن هذه المعلومات دون تقييد لعموميتها، السوابق المرضية للحالة، وتقارير الحالة الجسدية، وتقارير حالات الطوارئ، وتقارير المختبرات، والتقارير الجراحية، وملاحظات التقدم الخاصة بالطبيب، وملاحظات الممرضة، وتقارير الاستشاريين والحالة النفسية أو تقارير الطبيب النفسي، وملخص التخريج، والعلاج من المخدرات، والكحوليات.
 - ويجوز أن تسمح قوانين الدولة والقوانين الفيدرالية لهذا المرفق بالمشاركة في مؤسسات مع مقدمي رعاية صحية آخرين، أو شركات التأمين أو غيرهم من المشاركين في مجال الرعاية الصحية والمتعاقدين معهم من أجل أن يتشاركوا معلومات الرعاية الصحية الخاصة بي مع بعضهم البعض حتى يحققوا الأهداف التي تشمل، على سبيل المثال وليس الحصر، تحسين دقة التقارير الصحية الخاصة بي وزيادة سهولة توفرها؛ مما يقلل من الوقت اللازم للوصول إلى المعلومات الخاصة بي وتجميعها ومقارنتها بغرض تحسين جودتها وغيرها من الأغراض التي يسمح بها القانون. أدرك أن هذا المرفق قد يكون عضواً في أحد المؤسسات. وتشمل هذه الموافقة على وجه التحديد المعلومات المتعلقة بالحالات النفسية، وحالات الإعاقة الذهنية، المعلومات الوراثية وحالات الاعتماد على المواد الكيميائية والأمراض المعدية بما في ذلك، ولكن ليس على سبيل الحصر، الأمراض المنقولة بالدم، مثل فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز.

الإفصاحات للأصدقاء وأفراد العائلة

هل تريد تعيين أحد أفراد العائلة أو فرد آخر ليناقد حالتك الصحية مع مقدم الرعاية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فمن؟

اسمح بالإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بي لأفراد العائلة وغيرهم من الأشخاص المدرج اسمائهم أدناه بغرض نتائج التواصل، وقرارات الرعاية:

الاسم	الصلة	رقم الاتصال
		1:
		2:
		3:

يجوز للمريض/الممثل إلغاء هذا التفويض أو تعديله ويجب أن يكون هذا الإلغاء أو التعديل كتابياً.

ملاحظة: تستخدم هذه العبادة سجلات صحية إلكترونية تقوم بتحديث جميع الديموغرافيات الخاصة بك إلى المعلومات التي قدمتها للتو. يرجى ملاحظة أنه سيتم تحديث هذه المعلومات أيضاً من أجل راحتك وإرسالها إلى جميع العيادات التابعة لنا التي تشارك في السجلات الصحية الإلكترونية التي لها علاقة بك.

الموافقة على التصوير أو تسجيل غيرها من عمليات الأمن والرعاية الصحية
_____ (المريض/الحروف الأولية الممثلة للاسم) أوافق على تسجيل صور وسجلات رقمية وسمعية لي لأغراض أمنية أو لأغراض ممارسة عمليات الرعاية الصحية (على سبيل المثال، أنشطة تحسين الجودة). وأدرك احتفاظ المرفق بحقوق ملكية الصور والتسجيلات. وسيسمح لي بطلب الوصول إلى الصور والتسجيلات أ الحصول على نسخ منها بشكل تكنولوجي أن أمكن ما لم يحظر القانون على خلاف ذلك. أفهم أنه سيتم حفظ هذه الصور والتسجيلات وحمايتها بشكل آمن. لن يتم الكشف عن صور أو تسجيلات اظهر فيها بشكل واضح كما لن يتم استخدامها دون إذن خطي مني أو من ممثلي القانوني ما لم يتعلق الأمر بغرض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية أو كما يسمح القانون.
(المريض/الحروف الأولية الممثلة للاسم) لا أوافق على تسجيل صور وسجلات رقمية وسمعية لي لأغراض أمنية أو لأغراض ممارسة عمليات الرعاية الصحية (على سبيل المثال، أنشطة تحسين الجودة).

موافقة على استخدام البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية بغرض تذكيرات المواعيد وغيرها من اتصالات الرعاية الصحية الأخرى:
نود أن نكون دومًا على اتصال بمرضانا.

يمكن الاتصال بمرضانا في العمل لدينا من خلال البريد الإلكتروني و/أو الرسائل النصية لتأكيد الموعد والحصول على تعليقات حول خبراتك مع فريق الرعاية الصحية الخاص بنا، وكذلك لإمدادكم بتذكيرات/معلومات صحية عامة. وإذا حدث أن قمت في أي وقت من الأوقات بتقديم عنوان بريد إلكتروني أو رقم نص أدناه، فإنك تتفهم أنه يمكنك الحصول على هذه الاتصالات من العمل. يمكنك التوقف عن تلقي هذه الاتصالات في أي وقت.

لن نتكبد أية رسوم نظير هذه الخدمة، ولكن يمكن تطبيق أسعار الرسائل النصية عند تقديمها في خطتك اللاسلكية (اتصل على الناقل الخاص بك للحصول على خطط وتفاصيل التسعير).

رقم الهاتف الخليوي الذي أفوضه لتلقي الرسائل النصية بغرض تذكيرات المواعيد والتعليقات والتذكيرات/المعلومات الصحية _____.

البريد الإلكتروني الذي أفوضه لتلقي الرسائل النصية لتذكيرات المواعيد والتعليقات والتذكيرات/المعلومات الصحية _____.

أو

_____ (توقيع الأحرف الأولى للمريض/الممثل) أرفض تلقي اتصالات عبر الرسائل النصية.
_____ (توقيع الأحرف الأولى للمريض/الممثل) أرفض تلقي اتصالات عبر البريد الإلكتروني.

إذا وافقت قبل ذلك على تلقي الاتصالات عبر الرسائل النصية/البريد الإلكتروني وتود العدول عن الموافقة

التوقف عن إلغاء الاتصالات عبر البريد الإلكتروني و/أو الرسائل النصية. بمعنى آخر، لا أود استخدام البريد الإلكتروني أو رقم الهاتف الخليوي الخاص بي بعد ذلك بغرض الاتصالات المذكورة أعلاه.

أنا _____ أقر بموجبه، إلغاء طلبي الخاص بتلقي أي تذكيرات مواعيد مستقبلية أو تعليقات أو معلومات صحية عامة عبر الرسائل النصية.

أنا _____ أقر بموجبه، إلغاء طلبي الخاص بتلقي أي تذكيرات مواعيد مستقبلية أو تعليقات أو معلومات صحية عامة عبر الرسائل البريد الإلكتروني.

توقيع المريض: _____

توقيع المريض/ممثل المريض: _____

التاريخ: _____ الوقت: _____

[OPTIONAL ON FORM- REMOVE THIS Prescription Order Pick up Section ONLY NA to your practice]

استلام الوصفة الطبية. في بعض الأحيان قد تحتاج إلى أن يقوم صديق أو فرد من أفراد عائلتك على استلام وصفة طبية (مكتوبة) من مكتب طبيبك. حتى تتمكن من إعطاء الوصفة الطبية لعائلتك أو لصديقك، سنحتاج منك تسجيل اسمائهم. قبل إعطاء الوصفة الطبية، يجب أن يقدم من ينوب عنك صورة من البطاقة الشخصية ويقوم بالتوقيع على الوصفة الطبية.

_____ (المريض/الحروف الأولية الممثلة للاسم) أود أن أعين الأفراد التالية لاستلام الوصفة الطبية عني:

الاسم: _____ التاريخ: _____

الاسم: _____ التاريخ: _____

_____ (المريض/الحروف الأولية الممثلة للاسم) لا أرغب في تعيين أي شخص لينوب عني في استلام الوصفة الطبية.

توقيع المريض/أحد الوالدين/وصي/ممثل المريض _____ التاريخ: _____

Updated: December 20, 2016 replacing April 22, 2016, October 28, 2015, June 12, 2015 & November 21, 2013 version

A photocopy of this consent shall be considered as valid as the original.

Translated on Dec 30, 2016

توقيع المريض/أحد الوالدين/وصي/ممثل المريض (مطبوع) _____ التاريخ: _____
اسم المريض (مطبوع): _____ تاريخ الميلاد: _____