



تصريح HIPAA بالكشف عن معلومات طبية/صحية لطرف ثالث

سيتم الكشف عن المعلومات الخاصة بـ: أكتب الاسم بالأحرف الكبيرة		التاريخ:	هوية المُوَقِّع: <input type="checkbox"/> أنا <input type="checkbox"/> أب أو أم قاصر <input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> ممثل معتمد آخر (يرجى الشرح) *قد يكون إثبات التمثيل القانوني إلزامياً.
رقم الهاتف (مع رمز المنطقة)		المدينة	الولاية
عنوان الشارع		(يرجى من أحد الوالدين/ولي الأمر التوقيع هنا إن اشترط قانون الولاية توقيعين)	
رمز المنطقة	الولاية	المدينة	رمز المنطقة

أعطي إذنًا لـ "دائرة تينيسي للخدمات الإنسانية" [Tennessee Department of Human Services] (TDHS) ووكلائها/مقاوليها المعتمدين بالكشف لأشخاص/هيئات عن السجلات الطبية/الصحية للأغراض الموصوفة أدناه:

بإمكان دائرة TDHS الحصول على أي وكافة السجلات الطبية/الصحية: _____ التوقيع المختصر إذا "نعم"

بإمكان دائرة TDHS الحصول على أي وكافة سجلات الصحة العقلية: _____ التوقيع المختصر إذا "نعم"

بإمكان دائرة TDHS الحصول على سجلات الإحالة إلى/ علاج المخدرات أو الكحول: _____ التوقيع المختصر إذا "نعم"

بإمكان دائرة TDHS الحصول على سجلات اختبار/علاج فيروس الإيدز/ الإيدز: _____ التوقيع المختصر إذا "نعم"

يمكنك أيضاً تزويد وصف محدد للمعلومات الطبية/الصحية التي سيتم الكشف عنها. *تكون موافقة إضافية إلزامية للكشف عن سجلات معينة.

سيتم استخدام سجلاتي الطبية/الصحية للأغراض التالية:

لست مجبراً على الموافقة على الكشف عن سجلاتك

إن لم توافق على الكشف لنا عن سجلاتك، أو إن سحبت إذنك،

فد لا تتمكن دائرة TDHS من إتخاذ قرار حول القضية في الوقت المناسب أو قد تضطر لرفض المخصصات.

- للسجلات الطبية/الصحية التي أعطيت إذنًا بالكشف عنها، بإمكان دائرة TDHS أن تتحدث إلى أو تأخذ نسخاً من سجلاتي الطبية/الصحية للأشخاص/الهيئات التي سمحت لها بذلك.
- قد تأخذ دائرة TDHS نسخاً من هذه الإستمارة، كما قد تستخدم نسخة كمبيوتر و/أو إلكترونية و/أو فاكس.
- ستحصل على نسخة من هذه الإستمارة بعد توقيعها. بإمكانك أن تطلب من دائرة TDHS أن تدعك ترى نسخة من المعلومات التي ترسلها بعد توقيعك على هذه الإستمارة.
- هذا الإذن صالح لمدة اثني عشر (12) شهراً من تاريخ توقيعك على هذه الإستمارة، إلا إذا سحبت إذنك قبل ذلك.
- لديك حق سحب إذنك في أي وقت. لا تستطيع إسترجاع المعلومات المستخدمة لإتخاذ إجراء في شأن قضيتك أو التي أعطيت لنا قبل سحب إذنك.
- لسحب إذنك، بإمكانك مراسلة دائرة TDHS في مقاطعتك، أو مراسلة ما يخصك من الأطباء أو المستشفيات أو غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية أو شركات التأمين أو البرامج الصحية لسحب إذنك في أي وقت.
- تكون كافة المعلومات المزودة لدائرة TDHS محمية بموجب "قانون الخصوصية" [Privacy Act] لعام 1974 والقوانين والأنظمة الفدرالية والخاصة بالولاية. ولن تُعطى لأشخاص أو هيئات أخرى إلا إن سمحت لنا أو ألزمتنا القوانين أو الأنظمة بالكشف عن هذه المعلومات، أو إن سمحت لنا إعطاء تلك المعلومات. إن كنا ملزمين أو كان من المسموح لنا إعطاء المعلومات، فقد لا تكون محمية إن كان الشخص أو الهيئة المستلمة لها غير ملزمة بموجب القانون بحماية المعلومات.
- كما قد نستخدم معلوماتك عند مقارنة السجلات عبر الكمبيوتر. فجهاز الكمبيوتر يطابق معلوماتنا بمعلومات وكالات حكومية أخرى فدرالية أو محلية أو خاصة بالولاية. وتستخدم وكالات عديدة معلومات المطابقة لتتبين إن كان شخص يحصل على مخصصات تدفعها الحكومة الفدرالية أو حكومة الولاية. كما تساعد إجراءات المطابقة على إثبات أن شخصاً مؤهل للمساعدة. ويسمح لنا القانون القيام بذلك حتى لو لم تكن موافقاً عليه.
- يمكنك أن تطلب من دائرة TDHS أن تشرح لك أي أسئلة عن كيف أو لماذا يتم استخدام معلوماتك.

توقيع الشخص أو ممثله المعتمد: _____ التاريخ: _____

*الشاهد: _____ التاريخ: _____

(*يتم التوقيع إن قام الشخص أو الممثل المعتمد بالتوقيع عبر وضع علامة "X")

تم إعداد هذا التصريح ليراعي الأحكام المتعلقة بالكشف عن المعلومات الطبية/الصحية بموجب القانون العام 191-104 ("HIPAA")؛ 45 قانون الأنظمة الفدرالية، الجزء 160 و164؛ 42 القانون الأمريكي، الفقرة 290-دد-2؛ 42 ق.أ.ف.، الجزء 2.31؛ 38 القانون الأمريكي، الفقرة 7332؛ وق.ت.ت. الفقرة 10-68.

على موظفي دائرة TDHS الرجوع إلى الفقرة "Forms" [إستمارات] على الشبكة الداخلية لضمان استخدام نسخ حديثة. ولا يمكن تعديل الإستمارات بدون موافقة مسبقة.

تصريح التصرف بالسجلات: 11173

الصفحة 1 من 1

توزيع: موظفو دائرة TDHS (الأصل) العميل (نسخة)

HS-2939a (تعديل 18-06)