

يرجى قراءة المعلومات التالية بعناية قبل اتخاذ قرارك.

يمكن استخدام النموذج الموافقة هذا للقرار بالسماح او عدم السماح لمقدمي الخدمة ودافعي التكلفة (المشاركين) في HEALTHeLINK وللذين لهم شأن في تقديم الرعاية لك لرؤية والحصول على حق الوصول إلى سجلاتك الصحية الإلكترونية لتلقي العلاج و / أو الرعاية أغراض الإدارة. الموافقة على بعض أو كل المشاركين. ويمكن الاطلاع على القائمة الكاملة للمشاركين في:

www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/Participants

إذا كان لديك أي أسئلة على استكمال هذا النموذج اذهب إلى www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/PatientConsent

إذا لم يكن لديك الوصول إلى الإنترنت وترغب في الحصول على قائمة المشاركين أو تحتاج إلى مساعدة إكمال هذا النموذج، يرجى الاتصال -206 (716) 0993 تحويلة 311. اختيارك لن يؤثر على قدرتك على الحصول على الرعاية الطبية أو تغطية التأمين الصحي. اختيارك لإعطاء أو رفض الموافقة قد لا تكون أساسا للحرمان من الخدمات الصحية.

في هذا نموذج الموافقة، يمكنك اختيار ما إذا كنت تسمح للمشاركين للحصول على الوصول إلى السجلات الطبية الخاصة بك من خلال شبكة الكمبيوتر التي تديرها HEALTHeLINK، التي هي جزء من شبكة الكمبيوتر الرعاية الصحية على مستوى الولاية. وهذا يساعد على جمع السجلات الطبية لديك في أماكن مختلفة حيث يمكنك الحصول على الرعاية الصحية، وإتاحتها إلكترونيا إلى المشاركين لتقديم الخدمات لك.

- نعم أنا أعطي الموافقة لجميع المشاركين الذين يشاركون في رعايتي للوصول إلى كل من بلدي المعلومات الصحية الإلكترونية من خلال HEALTHeLINK. بتأثير من هذا المربع الذي توافق على أن: "نعم، الموظفين العاملين في رعايتي بما في ذلك الرعاية في حالات الطوارئ، وتحسين الجودة، وإدارة الرعاية، وأنشطة ما قبل الترخيص في جميع المشاركين قد ترى والحصول على جميع السجلات الطبية الخاصة بي من خلال HEALTHeLINK."
- نعم باستثناء أنا أعطي الموافقة لجميع المشاركين الذين يشاركون في رعايتي للوصول إلى كل من بلدي المعلومات الصحية الإلكترونية من خلال HEALTHeLINK باستثناء المشاركين التالية اسمهم:
- اسم المشارك _____
عنوان او رقم هاتف المشارك _____

هؤلاء المشتركين لا يمكنهم الوصول إلى معلوماتي الصحية الإلكترونية عبر HEALTHeLINK إلا في حالات الطوارئ الطبية. إذا كنت قد اخترت لاستبعاد أي المشاركين، يجب عليك الاتصال HEALTHeLINK 0933-206-716 تحويلة 311 للتحقق من النموذج الخاص بك. إذا كنت ترغب في إلغاء موافقة للمشاركين إضافيين، يرجى التعرف عليها على النموذج استبعاد المشارك وإرفاقه هذا النموذج. يمكنك العثور على النموذج في www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/PatientConsent. إذا كان ارفقت نموذج استبعاد مشارك يرجى تأثير المربع

لا، باستثناء أرفض الموافقة على جميع المشاركين الذين يشاركون في رعايتي للوصول إلى معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال HEALTHeLINK لأي غرض، إلا في حالات الطوارئ الطبية. بتأثير هذا المربع، "لا، اوافق إعطاء أيا من المشاركين إمكانية الوصول إلى السجلات الطبية الخاصة بي من خلال HEALTHeLINK ما لم يكن ذلك في حالات الطوارئ الطبية."

لا، أبدا أرفض الموافقة على جميع المشاركين الذين يشاركون في رعايتي للوصول إلى معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال HEALTHeLINK لأي غرض، بما في ذلك في حالات الطوارئ الطبية.

ملاحظة: إذا كنت حدد "لا و أبدا" قانون ولاية نيويورك يسمح لمن يتعامل معك في حالات الطوارئ للحصول على الوصول إلى السجلات الطبية الخاصة بك، بما في ذلك السجلات التي تتوفر من خلال HEALTHeLINK.

المريض / الممثل القانوني	
اسم العائلة للمريض	
الاسم الأول للمريض	
تاريخ الميلاد	□ / □ / □
عنوان المريض	
الرمز البريدي	الولاية المدينة
توقيع المريض او الممثل القانوني	تاريخ التوقيع
القانوني للمريض (إذا كان هناك)	
<input type="checkbox"/> المريض <input type="checkbox"/> عميل / وكيل الرعاية الصحية	
<input type="checkbox"/> وصي <input type="checkbox"/> اخر	

استلمت الموافقة من قبل
الشاهد*
*إذا لم يستكمل هذا النموذج في مكتب المشارك، يجب أن تتم بوجود شاهدا على ملئ، اكمل المعلومات الواردة أدناه
اكتب اسم الشاهد
توقيع الشاهد
علاقة الشاهد بالمريض (مثلا: زوج أو زوجة ، ابن ، جار ، الخ)

HEALTHeLINK منظمة غير ربحية والتي تتبادل المعلومات الصحية للأشخاص إلكترونياً وبشكل آمن لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية. هذا النوع من التبادل يعرف بـ ehealth او تكنولوجيا المعلومات الصحية (Health IT) للاطلاع أكثر على تكنولوجيا المعلومات الصحية في ولاية نيويورك , اقرأ المنشور (معلومات أفضل , يعني رعاية أفضل) يمكنك سؤال المشارك في الرعاية عليه , أو الذهاب الى الموقع الإلكتروني www.ehealth4ny.org

التفاصيل حول معلومات المريض في HEALTHeLINK و عن اجراءات الموافقة :

1. كيف سيتم استخدام معلوماتك
معلوماتك الصحية الإلكترونية سيتم استخدامها من قبل المشاركين بنزويد الخدمات التي توريد فقط لهم
• يوفر لك العلاج الطبي او الخدمات ذات علاقة
• التأكد فيما اذا كان لديك تأمين صحي او لا , وما يشمل التأمين
• تقييم وتحسين جودة الرعاية الصحية لكافة المرضى
وسوف تستخدم المعلومات الصحية الإلكترونية من قبل المشاركين بدفع التكاليف دافعي الموافق لهم فقط ل:
• تحسين أنشطة الجودة. وتشمل هذه تقييم وتحسين نوعية الرعاية الطبية المقدمة لكم ولكل عضو من التأمين الصحي.
• أنشطة إدارة الرعاية. وتشمل مساعدتكم في الحصول على الرعاية الطبية المناسبة، وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة لك، تنسيق تقديم خدمات الرعاية الصحية المتعددة المقدمة لك، أو دعمك في اتباع خطة الرعاية الطبية.
• أنشطة ما قبل النفويض. وتشمل هذه مراجعة وتقييم المعلومات الطبية من أجل ما قبل الموافقة على الخدمات من المطلوبة قبلك أو من قبل مقدم الرعاية الصحية.
ملاحظة: الخيار الذي تختاره في هذه استمارة الموافقة لا يسمح لشركات التأمين الصحي من الحصول على المعلومات الخاصة بك لغر البت في عطائك التأمين الصحي أو دفع الفواتير. يمكنك إجراء هذا الاختيار في استمارة موافقة منفصلة والتي يجب استخدامها من قبل شركات التأمين الصحي.
2. ما تشمل انواع المعلومات عنك.
إذا أعطيت الموافقة، والمشاركون الموافق عليهم قد يصلوا إلى كافة معلوماتك الصحية الإلكترونية المتاحة من خلال HEALTHeLINK. وهذا يشمل المعلومات التي تم إنشاؤها قبل وبعد تاريخ نموذج الموافقة هذا. ويمكن أن تشمل السجلات الصحية الخاصة بك تاريخك المرضي أو تاريخ الإصابات ان كان لديك (مثل مرض السكري أو كسر العظام)، ونتائج الاختبار (مثل الأشعة السينية أو اختبارات الدم)، وقوائم الأدوية التي اخذتموها. وقد تتعلق هذه المعلومات بظروف صحية حساسة، بما في ذلك وعلى سبيل المثال لا الحصر:
• مشاكل تعاطي الكحول والمخدرات • مرض الايدز • تحديد النسل والإجهاض (تنظيم الأسرة)
• الأمراض أو الاختبارات المتعلقة بالوراثة (وراثي) • ظروف الصحة العقلية • الأمراض الجنسية المعدي
3. حيث ان معلوماتك الصحية تأتي من الأماكن التي تقدم لك الرعاية الطبية أو التأمين الصحي ("مصادر المعلومات"). وهذه قد تشمل المستشفيات والأطباء والصيدليات والمختبرات الطبية، التأمين الصحي، برنامج المعونة الطبية، ومنظمات الصحة الإلكترونية الأخرى التي تتبادل المعلومات الصحية إلكترونياً. قائمة كاملة عن مصادر المعلومات الحالية المتوفرة من HEALTHeLINK يمكنك الحصول على كل القائمة المحدثة في أي وقت عن طريق الموقع HEALTHeLINK في www.wnyhealthlink.com , او بالاتصال: 206-0993 (716) تحويلة 311.
4. من الذين يمكنهم الوصول إلى المعلومات الخاصة بك، إذا كنت اعطيت الموافقة فقط هؤلاء الأشخاص يمكنهم الوصول الى معلوماتك: الأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية الذين يعملون في الكوادر الطبية مع المشاركين الموافق عليهم الذين يشاركون في الرعاية الطبية الخاص بك؛ مقدمي الرعاية الصحية الذين يقومون بتغطية التأمين أو يقومون بالاتصال بالأطباء في كوادرمي الخدمة الموافق عليهم ؛ والموظفين من المشاركين الموافق عليهم الذين ينفذون الأنشطة المسموح بها في نموذج الموافقة هذا على النحو المبين أعلاه في مادة رقم واحد. قائمة كاملة بأسماء المشاركين متاحة من قبل HEALTHeLINK في www.wnyhealthlink.com , أو من خلال الاتصال على 206-0993 (716) تحويلة 311.
5. تفرض عقوبات على وصول الغير مناسب أو استخدام المعلومات الخاصة بك، وهناك عقوبات على الوصول الغير مناسب أو استخدام معلوماتك الصحية الإلكترونية. إذا في أي وقت كنت تشك في أن شخصاً الذي لا ينبغي أن يصل إلى معلوماتك أو حصل على الوصول إلى معلومات عنك ، اتصل بأحد المشاركين التي تمت الموافقة عليه للوصول إلى سجلاتنا. أو زيارة الموقع الإلكتروني لـ HEALTHeLINK على www.wnyhealthlink.com , أو من خلال الاتصال على 206-0993 (716) تحويلة 311. أو اتصل على دائرة صحة ولاية نيويورك 877-690-2211
6. إعادة الإفصاح عن المعلومات , اي معومات صحية متعلقة بك يجوز اعادة الكشف عنها من قبل المشاركين الاخرين الا بقدرما تسمح به قوانين الولاية والقوانين واللوائح الاتحادية. هذا ينطبق على معلوماتك الصحية الموجودة في شكل ورقي أيضاً. تنص بعض القوانين الولايه والدولة الاتحادية حماية خاصة لبعض أنواع المعلومات الصحية الحساسة. وتتضمن معلومات مرض الأيدز , علاج ادمان الكحول والمخدرات . يجب أن يتبع المتطلبات الخاصة كلما يتم استلام هذا النوع من المعلومات الصحية الحساسة HEALTHeLINK والأشخاص الذين يحصلون على هذه المعلومات من خلال HEALTHeLINK يجب أن يتوافقوا مع هذه المتطلبات.
7. الفترة الفعالة , سيبقى نموذج الموافقة هذا ساري المفعول حتى يوم سحب الموافقة , او تتوقف HEALTHeLINK عن مزاوله العمل.
8. سحب موافقتك. يمكنك سحب موافقتك في أي وقت من خلال التوقيع على استمارة سحب موافقة واعطائها لأحد المشاركين. يمكنك أيضاً تغيير خيارات موافقتك من خلال التوقيع على نموذج موافقة جديد في أي وقت. يمكنك الحصول على هذه النماذج من الموقع www.wnyhealthlink.com ,
أو من خلال الاتصال على 206-0993 (716) تحويلة 311.
9. ملاحظة: المنظمات التي يمكنها الوصول إلى معلومات صحتك من خلال HEALTHeLINK بينما موافقتك نافذة قد تنسخ أو يتم تضمين المعلومات الخاصة بك في السجلات الطبية الخاصة بهم. حتى إذا قررت لاحقاً لسحب موافقتك، لا يطلب منهم العودة أو إزالتها من سجلاتهم. نسخة من النموذج. يحق لك الحصول على نسخة من استمارة الموافقة هذه بعد التوقيع عليها.