

Patient First Name (الأسم الأول للمريض)													
Patient Last Name (اسم العائلة للمريض)													
Date of Birth (تاريخ الميلاد)				Patient Address (عنوان المريض)								Gender (الجنس)	
MM / DD / YYYY				Street (الشارع) _____ Apartment (الشقة) _____								<input type="checkbox"/> Male (نكر)	
M M / D D / Y Y Y Y				City (المدينة) _____ State (الولاية) Postal Code (الرمز البريدي) _____								<input type="checkbox"/> Female (انثى)	

أطلب الحصول على المعلومات الصحية المتعلقة بالرعاية والعلاج كما هو موضح في هذا النموذج. يمكنني أن اختار ما إذا كان سيسمح لمقدمي خدمات هيلث لينك الدافعين (المشاركين) المشاركين في رعايتي بالوصول إلى سجلاتي الطبية من خلال منظمة تبادل المعلومات الصحية التي تسمى هالثلينك. إذا أعطيت الموافقة، يمكن الوصول إلى سجلاتي الطبية، من الأماكن المختلفة التي قد حصلت فيها على الرعاية الصحية و باستخدام شبكة كمبيوتر على مستوى الولاية. هيلث لينك هي منظمة غير هادفة للربح التي تشترك المعلومات حول صحة الناس إلكترونيا وتلبية معايير الخصوصية والأمن من هيبا وقانون ولاية نيويورك. لمعرفة المزيد، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني ل هيلث لينك على <http://wnyhealthelink.com/>

إن الخيار الذي اختاره في هذه الأستماره لن يؤثر على قدرتي في الحصول على الرعاية الطبية. إن الخيار الذي اختاره في هذه الأستماره لا يسمح لشركات التأمين الصحي بالوصول إلى معلوماتي لغرض اتخاذ قرار بشأن ما إذا كانت سنزودني بتغطية التأمين الصحي أو دفع فواتيري الطبية.

اختر واحدة فقط	اختيار الموافقة. يتم تحديد مربع واحد فقط إلى اليسار من اختياري. يمكنني ملء هذا النموذج الآن أو في المستقبل. يمكنني أيضا تغيير قراري في أي وقت من خلال إكمال نموذج جديد.	
	<input type="checkbox"/>	1. نعم أعطي الموافقة لجميع المشاركين الحاليين والمستقبليين، المعنيين بتقديم الرعاية لي، للوصول إلى جميع المعلومات الصحية الإلكترونية من خلال هيلث لينك
	<input type="checkbox"/>	2. نعم , باستثناء مشاركين محددين أعطي الموافقة لجميع المشاركين الحاليين والمستقبليين، المعنيين بتقديم الرعاية لي، للوصول إلى جميع المعلومات الصحية الإلكترونية من خلال هيلث لينك، باستثناء المشارك (المشاركون) المدرجة أدناه. اسم المشارك (مكتب مقدم الخدمة):
	<input type="checkbox"/>	3. نعم , فقط لمشاركين محددين أنا أعطي الموافقة فقط للمشارك (المشاركون) المحددين أدناه للوصول إلى جميع المعلومات الصحية الإلكترونية الخاصة بي من خلال هيلث لينك اسم المشارك (مكتب مقدم الخدمة):
	<input type="checkbox"/>	4. لا , باستثناء حالات الطوارئ أنا أرفض إعطاء الموافقة باستثناء حالات الطوارئ الطبية للمشاركين الحاليين والمستقبليين للوصول إلى المعلومات الصحية الإلكترونية من خلال هيلث لينك.
<input type="checkbox"/>	5. لا , حتى في حالات الطوارئ أنا أرفض إعطاء الموافقة للمشاركين الحاليين والمستقبليين للوصول إلى المعلومات الصحية الإلكترونية الخاصة بي من خلال هالثلينك لأي غرض، حتى في حالة الطوارئ الطبية.	

اكتب اسم الممثل القانوني للمريض (إن وجد)

أدرك بأن يمكن الوصول إلى معلوماتي في حالة الطوارئ، إلا إذا أكملت هذه الأستماره و قمت باختيار الرقم 5، التي تنص على أنني أرفض الموافقة حتى في حالة الطوارئ الطبية. أدرك أنه بناء على طلبي، يطلب من هيلث لينك أن تقدم لي قائمة بالإفصاحات عن معلوماتي الصحية الإلكترونية بموجب شروط هذه الأستماره. تم الرد على أسئلتي حول هذه الأستماره وتم تقديم نسخة من هذه الأستماره إذا طلبت ذلك.

علاقة الممثل القانوني بالمريض (إن وجد)

توقيع المريض أو الممثل القانوني للمريض

تاريخ التوقيع

MM	DD	YYYY

<input type="checkbox"/> الأبوين	<input type="checkbox"/> وكيل الرعاية الصحية / وكيل
<input type="checkbox"/> وصي	<input type="checkbox"/> آخر _____

ليتم تعبئة هذا المربع فقط من قبل مزود الخدمة

* الشاهد

* مطلوب إذا لم يتم إكمال هذه الأستماره في مكتب المشارك.

اكتب اسم الشاهد

توقيع الشاهد

علاقة الشاهد بالمريض (مثلا، الزوج، الابن، الجيران، الخ)

تمت استلام الموافقة من قبل

تفاصيل حول معلومات المريض في هيلثلينك وعملية الموافقة:

- 1. كيف يمكن استخدام معلوماتك الخاصة.** مع استثناءات محدودة، إذا أعطيت الموافقة، يجوز للمشارك (المشاركين) الذين توافق عليهم استخدام معلوماتك الصحية الإلكترونية فقط لخدمات الرعاية الصحية التالية:
 - خدمات العلاج. توفر لك العلاج الطبي والخدمات ذات الصلة
 - التحقق من أهلية التأمين. التحقق مما إذا كان لديك التأمين الصحي وما يغطيه
 - أنشطة إدارة الرعاية. وتشمل المساعدة في الحصول على الرعاية الطبية المناسبة، وتحسين نوعية الخدمات المقدمة لك، وتنسيق بين خدمات الرعاية الصحية المتعددة المقدمة لك، أو الدعم في اتباع خطة رعاية طبية.
 - أنشطة تحسين الجودة. تقييم وتحسين نوعية الرعاية الطبية المقدمة لك وجميع المرضى.
- 2. ما نوع المعلومات الخاصة بك التي يتم تضمينها؟** إذا أعطيت الموافقة، يمكن للمشاركين الذين توافق عليهم الوصول إلى جميع المعلومات الصحية الإلكترونية المتاحة من خلال هيلثلينك. ويشمل ذلك المعلومات التي تم إنشاؤها قبل وبعد تاريخ استمارة الموافقة هذه. قد تتضمن سجلاتك الصحية تاريخ الأمراض أو الأصابات التي تعرضت لها (مثل مرض السكري أو كسر العظام)، ونتائج الاختبار (مثل الأشعة السينية أو اختبارات الدم)، وقوائم الأدوية التي أخذتها. قد تتعلق هذه المعلومات بالظروف الصحية الحساسة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:
 - الأمراض الوراثية (الموروثة) أو الاختبارات
 - حالات الصحة العقلية
 - الأمراض المنقولة جنسيا
 - مشاكل تعاطي الكحول أو المخدرات
 - فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز
 - تحديد النسل والإجهاض (تنظيم الأسرة)
- 3. إذا كنت قد تلقيت رعاية تتعلق بتعاطي الكحول أو تعاطي المخدرات، فقد يحتوي السجل على معلومات تتعلق بالتشخيص في تعاطي الكحول أو المخدرات، والأدوية والجرعات، والفحوص المختبرية، والحساسية، وتاريخ التعاطي، وتاريخ الصدمات النفسية، والأخراج من المستشفيات، والتاريخ الوظيفي، والوضع المعيشي، والدعم الاجتماعي، وسجل دعاوى التأمين الصحي.**
- 3. من أين تأتي معلوماتك الصحية.** المعلومات عنك تأتي من الأماكن التي قدمت لك الرعاية الطبية أو التأمين الصحي ("مصادر المعلومات"). وقد تشمل هذه المستشفيات، والأطباء، والصيدليات، والمختبرات السريرية، وشركات التأمين الصحي، وبرنامج ميديكيد، ومنظمات الصحة الإلكترونية الأخرى التي تتبادل المعلومات الصحية إلكترونيا. تتوفر قائمة كاملة بمصادر المعلومات الحالية من هيلثلينك في <http://wnyhealthelink.com> أو عن طريق الاتصال على الرقم التالي 716-206-0993 مقسم 103
- 4. من يمكنه الوصول الى المعلومات الخاصة بك في حالة اعطاء الموافقة.** فقط الأطباء و موظفي مزودي الخدمات الآخرين المشاركين (المشارك) اللذين قد اعطيت موافقتك لهم للوصول إلى الأنشطة المسموح بها وفقا لهذه الاستمارة كما هو موضح أعلاه في الفقرة الأولى. ويمكن أيضا الحصول على المعلومات الخاصة بك دون موافقتك من قبل وكالات الصحة العامة إذا سمحت بذلك حكومة الولاية و / أو القانون الاتحادي. أي بيانات وردت من المرفق 42 سي ارف الجزء الثاني (بعض مقدمي رعاية تعاطي الكحول أو المخدرات) لا يمكنهم الوصول إلا أن يكون هنالك علاقة مع مزود خدمة العلاج. تتوفر قائمة مشاركين كاملة من هيلثلينك على <http://wnyhealthelink.com/physicians-staff/current-participants/participating-healthelink-providers/> أو عن طريق الاتصال على الرقم التالي 716-206-0993 مقسم 103 إذا كنت تريد نسخة مطبوعة والتي سيتم تقديمها مجانا في غضون 5 أيام عمل من الطلب.
- 5. العقوبات فيما يتعلق بالوصول او الاستخدام الغير صحيح لمعلوماتك.** هناك عقوبات للوصول او الاستخدام الغير صحيح لمعلوماتك الصحية الإلكترونية. إذا تعتقد في أي وقت أن شخصا ما قد رأى أو حصل على معلوماتك، اتصل بأحد المشاركين الذين وافقت عليهم للوصول إلى سجلاتنا؛ أو زيارة هيلثلينك على الموقع <http://wnyhealthelink.com> أو عن طريق الاتصال على الرقم التالي 716-206-3990 مقسم 103، أو اتصل بقسم الصحة في ولاية نيويورك على 4987-518-474، أو قم بمتابعة مسار الشكوى من المكتب الاتحادي للحقوق المدنية على الرابط التالي: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>
- 6. إعادة الكشف عن المعلومات.** يجوز لأي مشارك (مشاركين) الذين قد حصلوا على موافقتك للوصول إلى المعلومات الصحية أن يعيد الكشف عن معلوماتك الصحية، ولكن فقط إلى الحد الذي تسمح به قوانين ولوائح الولاية و الحكومة الاتحادية. العلاج المتعلق بالكحول/ المخدرات أو المعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، لا يجوز إعادة الكشف عنها إلا إذا كانت مصحوبة بالبيانات المطلوبة بشأن حظر إعادة الكشف.
- 7. الفترة الزمنية الفعالة.** سنظل استمارة الموافقة هذه سارية المفعول حتى يوم تغيير اختيارك للموافقة أو حتى توقف هيلثلينك عن العمل (أو حتى 50 عاما بعد وفاتك أيهما يحدث أولا). في حالة دمج هيلثلينك مع كيان مؤهل آخر، ستبقى خيارات الموافقة فعالة مع الكيان الجديد الذي تم دمجه.
- 8. تغيير اختيارك للموافقة.** يمكنك تغيير اختيارك للموافقة في أي وقت ولأي منظمة مزودة للخدمة أو خطة صحية من خلال تقديم استمارة موافقة جديدة مع اختيارك (اختيارتك) الجديدة. المشاركون (المشاركون) الذين يصلون إلى معلوماتك الصحية من خلال هيلثلينك في فترة سريان مفعول موافقتك قد تنسخ أو تدرج معلوماتك في السجلات الطبية الخاصة بهم. حتى إذا قررت لاحقا تغيير قرار موافقتك، فلن يطلب لا يطلب منهم إعادة معلوماتك أو إزالتها من سجلاتهم.