

دستورالعمل تکمیل فرم رضایت SAPC برای پرونده‌های حقوقی

هدف از این فرم رضایت، اعطای اجازه کتبی برای انتشار و تبادل اطلاعات بهداشتی شما، از جمله اطلاعات محافظت‌شده تحت **بخش 2 از CFR 42** (اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد) است که در پرونده(های) کیفری، مدنی، قانون‌گذاری یا اداری مورد استفاده قرار می‌گیرد و محدود به پرونده(های) حقوقی مشخص‌شده در این فرم رضایت می‌باشد. در خصوص اطلاعات SUD، هدف از رضایت و افشا باید مشخص و با الزامات **بخش 2 از CFR 42** و تمام قوانین فدرال و ایالتی قابل اجرا منطبق باشد. اعطای مجوز از طرف شما داوطلبانه است و می‌توانید از امضا کردن خودداری کنید. لطفاً لحظه‌ای وقت بگذارید و دستورالعمل‌های زیر را بخوانید.

هر بخش را با دقت بخوانید

این فرم شامل چندین بخش است که موارد زیر را توضیح می‌دهند:

- **چه اطلاعاتی** ممکن است به اشتراک گذاشته شود
- **چه کسی** ممکن است اطلاعات را ارسال و دریافت کند
- **چرا** اطلاعات به اشتراک گذاشته می‌شود
- **مدت اعتبار مجوز**
- **حقوق شما** در رابطه با لغو یا محدود کردن مجوز انتشار اطلاعات

لطفاً قبل از امضا، هر بخش را به دقت بخوانید و بررسی کنید.

مشخص کنید چه اطلاعاتی می‌تواند منتشر شود

شما می‌توانید نوع یا میزان اطلاعات منتشر شده را محدود کنید. شما می‌توانید انتشار موارد زیر را مجاز کنید:

- کل پرونده پزشکی شما، یا
- اطلاعاتی را که برای استفاده و افشا مجاز می‌دانید، مشخص کنید

چه کسانی می‌توانند اطلاعات شما را به اشتراک بگذارند و دریافت کنند

شما باید موارد زیر را فهرست کنید:

- نوع(های) رسیدگی(های) قانونی مجاز برای استفاده و افشای اطلاعات شما
- شخص(های) حقوقی/حقیقی مجاز به دریافت آن

اگر می‌خواهید چندین سازمان اطلاعات را با یکدیگر تبادل کنند، همه طرف‌ها را فهرست کنید.

حقوق خود تحت HIPAA و بخش 2 از CFR 42 را مرور کنید

این فرم حقوق شما را تحت قوانین فدرال و ایالتی بیان می‌کند. شما حق دارید:

- از امضای این مجوز خودداری کنید
- مجوز خود را در هر زمان به صورت کتبی یا حضوری لغو کنید
- یک نسخه از فرم تکمیل‌شده را دریافت کنید
- اطلاعات به اشتراک گذاشته شده را محدود کنید
- از حفاظت‌های محرمانگی، از جمله محدودیت‌های افشای مجدد، بهره‌مند شوید

لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود تحت HIPAA و بخش 2 از CFR 42 به بخش چهارم «سایر اطلاعات مهم» و بخش ششم «اطلاعیه همراه افشاها» مراجعه کنید.

انقضای مجوز

مجاز شما تا زمانی که از شبکه ارائه‌دهندگان SAPC خدمات دریافت می‌کنید، معتبر خواهد بود، مگر اینکه تصمیم به لغو آن بگیرید.

لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق مجوز خود به بخش چهارم «سایر اطلاعات مهم» و بخش هفتم «لغو رضایت» مراجعه کنید.

شما می توانید مجوز خود را در هر زمان با اطلاع رسانی کتبی یا حضوری به ارائه دهنده درمانی یا برنامه خود لغو کنید. لغو مجوز، اطلاعاتی که قبل از دریافت درخواست لغو به اشتراک گذاشته شده است را بازگشت پذیر نمی کند.

لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه لغو مجوز خود به بخش چهارم «سایر اطلاعات مهم» و بخش هفتم «لغو رضایت» مراجعه کنید.

تبادل الکترونیکی و امنیت

تمام افشاها - از جمله افشاهای الکترونیکی - باید با موارد زیر مطابقت داشته باشند:

- الزامات HIPAA
- بخش 2 از CFR 42
- سایر قوانین محرمانگی فدرال و ایالتی قابل اجرا

فرم را امضا و تاریخ گذاری کنید

امضای شما تأیید می کند که:

- اطلاعات موجود در فرم را درک می کنید
- انتشار اطلاعات توصیف شده را مجاز می دانید
- حقوق خود را تحت HIPAA و بخش 2 از CFR 42 درک می کنید

اگر به عنوان نماینده قانونی امضا می کنید، باید برخورداری از اختیار برای انجام این کار را ذکر کنید. نمونه هایی از اشخاص دارای اختیار قانونی شامل قیم، مجری وصیت نامه، سرپرست قانونی، والدین، وکالت نامه و/یا بستگان درجه یک می باشند. از شما خواسته می شود اسناد اضافی برای تأیید اختیار یا رابطه خود ارائه دهید.

اگر به عنوان شاهد برای «امضا با علامت» امضا می کنید، لطفاً بخش مربوطه را با اطلاعات خود پر کنید.

فرم تکمیل شده را بازگردانید

فرم امضا شده را به ارائه دهنده، برنامه یا آژانس مسئول پردازش درخواست خود بازگردانید. می توانید یک نسخه از آن را برای نگهداری نزد خود درخواست کنید.

دفتر پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد

رضایت برای استفاده و افشای اطلاعات بهداشتی اختلال مصرف مواد برای رسیدگی‌های قانونی

هدف از رضایت و افشا: این فرم رضایت، استفاده و افشای اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده اختلال مصرف مواد (SUD) را برای استفاده در رسیدگی‌های کیفری، مدنی، قانون‌گذاری یا اداری مجاز می‌داند و محدود به رسیدگی‌های (های) قانونی مشخص‌شده در این فرم رضایت است. با تکمیل این فرم رضایت برای استفاده و افشا، شما با انتشار اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده SUD خود برای اهداف رسیدگی‌های قانونی مشخص‌شده در زیر موافقت می‌کنید.

نوع رسیدگی‌های (های) قانونی را که برای استفاده و افشای اطلاعات بهداشتی SUD خود مجاز می‌دانید، انتخاب کنید.

☐ کیفری ☐ مدنی ☐ قانون‌گذاری ☐ اداری

در صورت وجود، اطلاعات اضافی (مانند شماره پرونده) مربوط به رسیدگی‌های (های) قانونی که برای آن‌ها استفاده و افشای اطلاعات بهداشتی SUD خود را مجاز می‌نمایید، مشخص کنید.

I. اطلاعات مراجعه‌کننده		
نام (نام خانوادگی، نام، نام میانی):	تاریخ تولد:	شماره Medi-Cal:
آدرس ایمیل:	شماره تلفن:	۴ رقم آخر شماره تأمین اجتماعی (SSN):
با ارائه آدرس ایمیل خود، به SAPC و شبکه ارائه‌دهندگان SAPC اجازه می‌دهید که از طریق ایمیل با شما تماس بگیرند.		
آدرس:	شماره Sage ID:	
II. نهادهای مجاز به اشتراک‌گذاری اطلاعات بهداشتی		
من به ارائه‌دهنده (های) درمانی فعلی و قبلی خود در شبکه ارائه‌دهندگان SAPC اجازه می‌دهم اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده SUD من را با شخص (های) حقوقی/حقیقی خارجی مشخص‌شده در این بخش برای رسیدگی‌های (های) قانونی ذکر شده در بالا به اشتراک بگذارند. شخص (های) حقوقی/حقیقی را در فضا (های) ارائه‌شده در زیر مشخص کنید. در صورت نیاز به فضای بیشتر، لطفاً صفحه فهرست نهادها را به انتهای این فرم رضایت‌نامه پیوست کنید.		
1. نام نهاد: _____ آدرس: _____ شماره تلفن: _____ شماره فکس: _____ ایمیل: _____ وبسایت: _____		
2. نام نهاد: _____ آدرس: _____ شماره تلفن: _____ شماره فکس: _____ ایمیل: _____ وبسایت: _____		

3. نام نهاد: _____
 آدرس: _____
 شماره تلفن: _____ شماره فکس: _____
 ایمیل: _____ وبسایت: _____

III. حوزه افشاء

من به نهادهای مشخص شده در بخش II اجازه می‌دهم که اطلاعات بهداشتی محافظت شده مشخص شده در زیر را به اشتراک بگذارند.
 یکی از گزینه‌های زیر را انتخاب کنید.

☐ کل پرونده پزشکی من

☐ سایر موارد:

اطلاعاتی را که برای استفاده و افشاء مجاز می‌دانید مشخص کنید.

IV. سایر اطلاعات مهم

امضای این فرم رضایت‌نامه به منزله آنست که درک می‌کنم:

- **انقضای رضایت‌نامه** - این مجوز تا زمانی که از خدمات شبکه ارائه‌دهندگان SAPC بهره‌مند می‌شوم، معتبر خواهد بود، مگر اینکه لغو شود.
- سوابق درمان الکل و/یا مواد مخدر من تحت مقررات فدرال حاکم بر محرمانگی و سوابق بیماران دچار سوء مصرف مواد، 42 C.F.R. بخش 2، و قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی سال 1996 45 C.F.R. (HIPAA)، بخش‌های 160 و 164 محافظت می‌شود و بدون رضایت کتبی من قابل افشاء نیست، مگر در مواردی که مقررات اجازه می‌دهد.
- این رضایت‌نامه داوطلبانه است و برای دریافت درمان، ثبت‌نام در خدمات، یا پرداخت هزینه‌های مراقبت بهداشتی‌ام نیازی به امضای این فرم ندارم.
- من حق دارم یک نسخه از این فرم رضایت‌نامه را دریافت کنم. یک نسخه از این فرم رضایت‌نامه به اندازه نسخه اصلی معتبر است.
- **محدودیت‌های افشای مجدد اطلاعات** - اطلاعات افشاء شده نمی‌توانند برای اقدامات مدنی، کیفری، اداری و قانونگذاری علیه مراجع‌کننده بدون یک فرم رضایت‌نامه اضافی که صرفاً برای این منظور و مطابق با 42 C.F.R. بخش 2 تهیه شده باشد، مجدداً افشا شود.
- من حق دارم این رضایت‌نامه را در هر زمان به صورت کتبی یا حضوری نزد ارائه‌دهنده درمان اختلال مصرف مواد خود لغو کنم، مگر در مواردی که ارائه‌دهنده من یا سایر دارندگان قانونی این رضایت‌نامه، قبلاً بر اساس آن اقدام کرده باشند. می‌توانم از بخش لغو رضایت‌نامه در این فرم برای فسخ این فرم رضایت‌نامه به صورت کتبی استفاده کنم. پس از دریافت درخواست لغو رضایت‌نامه من، ارائه‌دهنده یا SAPC این رضایت‌نامه را برای انتشار اطلاعات در آینده لغو خواهد کرد. می‌فهمم که افشاءهای انجام شده پیش از لغو این فرم رضایت‌نامه قابل بازبینی نیستند و نهادهایی که اطلاعات برای آن‌ها افشاء شده ملزم به بازگرداندن یا از بین بردن آن اطلاعات نمی‌باشند.

۷. امضای مراجعه‌کننده یا نماینده قانونی

با امضای زیر، تأیید می‌کنم که فرم رضایت‌نامه را خوانده‌ام و می‌فهمم که امضای من افشای اطلاعات بهداشتی‌ام را به شکل توصیف‌شده در این فرم مجاز می‌سازد. می‌فهمم که امضای این فرم داوطلبانه است و حق دارم از امضا کردن امتناع کنم.

نام و امضای مراجعه‌کننده یا نماینده قانونی مراجعه‌کننده:

اگر مراجعه‌کننده نمی‌تواند بنویسد، می‌تواند علامتی در خط امضا بگذارد. امضا با قرار دادن علامت، نیازمند دو شاهد است. یک شاهد باید نام مراجعه‌کننده را در خط مخصوص نام مراجعه‌کننده بنویسد و نام خود را بنویسد و در یکی از محل‌های مشخص‌شده برای شاهد در زیر امضا کند. شاهد دوم باید نام خود را بنویسد و در محل مخصوص شاهد دیگر امضا کند تا امضای مراجعه‌کننده با علامت را تأیید کند.

نام به خط خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی) _____
امضا _____
ماه _____ / روز _____ / سال _____

اگر توسط نماینده قانونی مراجعه‌کننده امضا شده است، نسبت با او و اختیار اعطا شده برای انجام این کار را بیان کنید:

اگر مراجعه‌کننده نمی‌تواند بنویسد و علامتی به عنوان امضای خود در بالا ارائه داده است، دو شاهد لازم است تا بخش شاهد را با نوشتن نام‌های خود و امضا در زیر تکمیل کنند.

1. _____ نام شاهد به خط خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی)
2. _____ نام شاهد به خط خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی)

امضا _____ امضا _____

VI. اطلاعاتیه همراه افشاها

این پرونده که برای شما افشا شده است تحت قوانین محرمانگی فدرال ([بخش 2 از CFR 42](#)) محافظت می‌شود. این قوانین، شما را از استفاده یا افشای این پرونده، یا شهادتی که اطلاعات موجود در این پرونده را توصیف می‌کند، در هر گونه دادرسی مدنی، کیفری، اداری یا قانونگذاری توسط هر مقام فدرال، ایالتی یا محلی، علیه بیمار منع می‌کند، مگر اینکه با رضایت بیمار مجاز باشد، به جز موارد مقرر در [CFR 2.12\(c\)\(5\) 42](#) یا مجاز شده توسط دادگاه مطابق با [42 CFR 2.64](#) یا [2.65](#). علاوه بر این، قوانین فدرال شما را از هر گونه استفاده یا افشای دیگر این پرونده منع می‌کند مگر اینکه حداقل یکی از موارد زیر برقرار باشد:

(i) استفاده یا افشای بیشتر به صراحت با رضایت کتبی فردی که اطلاعاتش در این پرونده افشا می‌شود مجاز شده باشد یا به گونه‌ای دیگر طبق [بخش 2 از CFR 42](#) مجاز شده باشد.

(ii) شما یک نهاد تحت پوشش یا شریک تجاری باشید و پرونده را برای درمان، پرداخت یا عملیات مراقبت بهداشتی دریافت کرده باشید، یا

(iii) شما پرونده را از یک نهاد تحت پوشش یا شریک تجاری طبق مجوز [CFR 45 بخش 164](#)، [زیربخش‌های A و E](#) دریافت کرده باشید.

یک مجوز عمومی برای انتشار اطلاعات پزشکی یا سایر اطلاعات برای برآوردن نیاز رضایت کتبی برای استفاده بیشتر یا افشای مجدد پرونده کافی نیست (به [CFR 2.31 42](#) مراجعه کنید).

من حق دارم این فرم رضایت را در هر زمانی با تکمیل این بخش و ارائه لغو رضایت خود از طریق پست یا حضوری به ارائه‌دهنده درمان اختلال مصرف مواد خود لغو کنم، مگر در مواردی که ارائه‌دهنده من یا سایر دارندگان قانونی آن قبلاً بر اساس آن اقدام کرده باشند.

آدرس آژانس ارائه‌دهنده درمان اختلال مصرف مواد:

نام سازمان: _____
 آدرس خیابان (خط 1): _____
 آدرس خیابان (خط 2: آپارتمان/سوئیت/واحد): _____
 شهر، ایالت و کد پستی: _____

پس از دریافت درخواست لغو رضایت من، ارائه‌دهنده فرم رضایت را برای انتشار اطلاعات آینده لغو خواهد کرد. افشاگری‌های انجام شده قبل از دریافت درخواست لغو قابل بازیابی نیستند.

با امضای زیر، رضایت خود را برای انتشار اطلاعات آینده لغو می‌کنم. می‌فهمم که هرگونه افشاگری انجام شده قبل از دریافت این درخواست لغو قابل بازگشت یا بازیابی نیست.

نام و امضای مراجعه‌کننده یا نماینده قانونی مراجعه‌کننده:

اگر مراجعه‌کننده نمی‌تواند بنویسد، می‌تواند علامتی در خط امضا بگذارد. امضا با قراردادن علامت، نیازمند دو شاهد است. یک شاهد باید نام مراجعه‌کننده را در خط مخصوص نام مراجعه‌کننده بنویسد و نام خود را بنویسد و در یکی از محل‌های مشخص شده برای شاهد در زیر امضا کند. شاهد دوم باید نام خود را بنویسد و در محل مخصوص شاهد دیگر امضا کند تا امضای مراجعه‌کننده با علامت را تأیید کند.

نام به خط خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی) _____ امضا _____ ماه _____ روز _____ سال _____

اگر توسط نماینده قانونی مراجعه‌کننده امضا شده است، نسبت با او و اختیار اعطا شده برای انجام این کار را بیان کنید:

اگر مراجعه‌کننده نمی‌تواند بنویسد و علامتی به عنوان امضای خود در بالا ارائه داده است، دو شاهد لازم است تا بخش شاهد را با نوشتن نام‌های خود و امضا در زیر تکمیل کنند.

1. نام شاهد به خط خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی) _____
 2. نام شاهد به خط خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی) _____

_____ امضا _____ امضا

مراجعه‌کنندگانی که فرم رضایت انتشار اطلاعات را مستقیماً به SAPC ارسال کرده‌اند می‌توانند فرم تکمیل شده لغو رضایت را از طریق ایمیل امن یا پست به آدرس ذکر شده در زیر بازگردانند. یک کپی از مدرک شناسایی رسمی صادر شده توسط دولت باید برای تأیید مشروعیت درخواست ضمیمه شود.

آدرس ایمیل:
 SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

آدرس پستی SAPC
 پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد
 1000 South Fremont Ave.
 Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
 Alhambra, CA 91803

لطفاً توجه داشته باشید: درخواست‌های لغو ارسال شده به SAPC از مراجعه‌کنندگانی که فرم رضایت انتشار اطلاعات را مستقیماً نزد SAPC تکمیل نکرده‌اند، یا درخواست‌های ارسال شده بدون کپی مدرک شناسایی معتبر صادر شده توسط دولت، پردازش نخواهند شد.

نحوه تکمیل فرم رضایت SAPC برای اقدامات قانونی

هدف رضایت و افشا (بالای فرم)

این بخش تعیین می‌کند که شما اجازه می‌دهید اطلاعات SUD شما در چه نوع اقدام قانونی استفاده شود.
مرحله 1 — نوع(های) اقدام قانونی را انتخاب کنید
دسته‌ای را انتخاب کنید که با موضوع قانونی که اطلاعات SUD شما در آن زمینه استفاده خواهد شد، مطابقت دارد.
یک یا چند مورد از موارد زیر را علامت بزنید:

- ☐ کیفری
- ☐ مدنی
- ☐ قانون‌گذاری
- ☐ اداری

مرحله 2 — جزئیات بیشتری اضافه کنید (در صورت وجود)

در خط خالی زیر کادرهای انتخاب، هرگونه اطلاعات شناسایی را که دارید بنویسید، مانند:

- شماره پرونده
 - بخش دادگاه
 - شماره پرونده آژانس
 - تاریخ جلسه
 - نام بازرس یا وکیل
- اگر این اطلاعات را ندارید، می‌توانید آن خط را خالی بگذارید.

بخش اول — اطلاعات مراجعه‌کننده

اطلاعات شخصی خود را وارد کنید تا SAPC و ارائه‌دهندگان شما بتوانند پرونده شما را به درستی شناسایی کنند.

1. نام: نام قانونی کامل خود را بنویسید (نام خانوادگی، نام، نام میانی).
2. تاریخ تولد: از فرمت سال/روز/ماه استفاده کنید.
3. شماره Medi-Cal: شماره Medi-Cal خود را، در صورتی که دارید، وارد کنید.
4. آدرس ایمیل: ایمیلی را وارد کنید که به طور منظم آن را چک می‌کنید.
5. شماره تلفن: بهترین شماره تلفن برای تماس با شما.
6. 4 رقم آخر SSN: فقط چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی خود را وارد کنید. اگر SSN ندارید یا شماره SSN خود را نمی‌دانید، لطفاً این قسمت را خالی بگذارید.
7. آدرس: آدرس پستی فعلی شما.
8. شماره Sage ID: شماره پرونده پزشکی Sage EHR خود را، در صورتی که می‌دانید، وارد کنید. اگر نمی‌دانید، این قسمت را خالی بگذارید یا از ارائه‌دهنده خود بپرسید.

بخش دوم — نهادهای مجاز به تبادل اطلاعات بهداشتی

این بخش مشخص می‌کند چه کسانی می‌توانند اطلاعات SUD شما را برای پرونده(های) قضایی که انتخاب کرده‌اید، دریافت کنند.

مرحله 1 — بیانیه مجوز را بخوانید

این بیانیه توضیح می‌دهد که ارائه‌دهندگان درمانی فعلی و قبلی SAPC شما می‌توانند اطلاعات SUD شما را با نهادهای قضایی که فهرست می‌کنید به اشتراک بگذارند.

مرحله 2 — هر یک از نهادهای قضایی یا اشخاص را فهرست کنید

برای هر طرف قضایی درگیر در پرونده خود، اطلاعات زیر را وارد کنید:

- نام نهاد (مثلاً «دادگاه عالی لس‌آنجلس»، «اداره مراقبت»، «وکیل جان اسمیت»، «رابط دادگاه DMH»)
- آدرس (آدرس پستی کامل)
- شماره تلفن (با کد منطقه)
- شماره فکس (در صورت اطلاع)
- ایمیل (در صورت اطلاع)
- وبسایت (اختیاری)

مرحله 3 — در صورت نیاز صفحات اضافه را پیوست کنید
اگر بیش از سه نهاد دارید، یک برگه جداگانه حاوی فهرست بقیه نهادها پیوست کنید.

بخش سوم — حوزه افشا
این بخش مشخص می‌کند که چه اطلاعاتی می‌تواند استفاده یا افشا شود.

مرحله 1 — یک گزینه را انتخاب کنید

- ☐ کل پرونده پزشکی من: این گزینه را در صورتی انتخاب کنید که می‌خواهید کل پرونده SUD شما برای رسیدگی قضایی در دسترس باشد.
- ☐ سایر موارد: این گزینه را در صورتی انتخاب کنید که می‌خواهید اطلاعاتی را که به اشتراک گذاشته می‌شود، محدود کنید.

مرحله 2 — در صورت انتخاب «سایر موارد»، مشخص کنید اجازه افشای دقیقاً چه اطلاعاتی وجود دارد تا حد امکان دقیق باشید تا ارائه‌دهندگان بدانند چه چیزی مجاز است.
مثال‌ها:

- «فقط تاریخ‌های درمان»
- «فقط ارزیابی و تشخیص»
- «فهرست داروها»
- «تأییدیه شرکت در برنامه»
- «فقط گزارش‌های پیشرفت»

بخش چهارم — سایر اطلاعات مهم

- نیازی نیست در این بخش چیزی بنویسید. هر زیربخش را با دقت بخوانید.
- **انقضا:** رضایت‌نامه شما تا زمانی که آن را لغو کنید معتبر می‌ماند.
 - **حفاظت‌ها:** پرونده‌های شما تحت قوانین فدرال بخش 2 از CFR 42 و HIPAA محافظت می‌شوند.
 - **حق امتناع از امضا:** می‌توانید از امضا کردن خودداری کنید، اما در این صورت پرونده‌های شما منتشر نخواهند شد.
 - **حق دریافت نسخه:** می‌توانید درخواست کنید که یک نسخه از رضایت‌نامه امضا شده را دریافت کنید.
 - **حمایت‌های قانونی:** اطلاعات شما بدون رضایت‌نامه جداگانه نمی‌تواند در پرونده‌های قانونی استفاده شود.
 - **حق لغو:** می‌توانید این رضایت‌نامه را در هر زمانی لغو کنید. اطلاعاتی که قبلاً به اشتراک گذاشته شده قابل بازگشت نیست.

بخش پنجم — امضای مراجعه‌کننده یا نماینده قانونی

در اینجا به طور رسمی اجازه انتشار اطلاعات را صادر می‌کنید.

1. **نام به خط خوانا:** نام کامل قانونی شما.
2. **امضا:** با نوشتن نام خود امضا کنید.
 - a. اگر نمی‌توانید بنویسید، می‌توانید با قراردادن یک علامت امضا کنید.
 - b. در صورت امضا با علامت، دو شاهد باید بخش شاهدان را تکمیل کنند.
3. **تاریخ:** تاریخ امضا را وارد کنید.
4. **در صورت امضا شدن توسط نماینده قانونی:**
 - a. نسبت را ذکر کنید (مثلاً والدین، قیم و غیره).
 - b. اختیار قانونی را ذکر کنید (مثلاً حکم دادگاه، قیمیت و غیره).
5. **بخش شاهدان (فقط در صورتی که مراجعه‌کننده با علامت امضا کند)**
دو شاهد باید:
 - نام خود را به خط خوانا بنویسند
 - با نوشتن نام خود امضا کنند

اگر نماینده قانونی امضا می‌کند، باید نسبت و اختیار قانونی خود را ذکر کند. اگر مراجعه‌کننده با علامت امضا کند، دو شاهد باید نام خود را به خط خوانا بنویسند و امضا کنند.

بخش ششم — اطلاعیه همراه افشاها

این اطلاعیه محرمانگی الزامی تحت بخش 2 از CFR 42 است که همراه اطلاعات شما ارسال خواهد شد. نیازی به نوشتن در این بخش نیست. اطلاعیه همراه افشاها یک اطلاعیه محرمانگی است که همراه پرونده‌های منتشر شده بر اساس مجوز امضای این فرم ارسال خواهد شد. اطلاعیه محرمانگی به دریافت‌کننده سوابق اطلاع می‌دهد که پرونده‌های دریافت‌شده تحت قوانین محرمانگی ایالتی و فدرال محافظت می‌شوند و نمی‌توانند با سایر نهادهایی که به موجب این فرم رضایت مجاز نشده‌اند، به اشتراک گذاشته شوند.

بخش هفتم — لغو رضایت‌نامه

این بخش را فقط زمانی تکمیل کنید که می‌خواهید رضایت‌نامه خود را لغو کنید (یعنی در آینده).

مرحله 1 — اطلاعات ارائه‌دهنده

اطلاعات ارائه‌دهنده درمانی را وارد کنید:

- نام سازمان
- آدرس پستی کامل

مرحله 2 — امضای لغو

1. نام خود را به خط خوانا بنویسید
2. با نوشتن نام خود امضا کنید (یا علامت بزنید).
3. تاریخ لغو را وارد کنید (سال/روز/ماه)
4. اگر نماینده قانونی امضا می‌کند، نسبت و اختیار قانونی برای این کار را ذکر کنید
5. در صورت ارسال مستقیم به SAPC، لطفاً یک نسخه از کارت شناسایی دولتی خود را ضمیمه کنید تا هویت شما تأیید شود

مرحله 3 — شاهدان (در صورت امضا با علامت)

دو شاهد باید نام خود را به خط خوانا بنویسند و امضا کنند.

مرحله 4 — ارسال درخواست لغو

- اگر در ابتدا رضایت‌نامه را مستقیماً به SAPC ارسال کرده‌اید، می‌توانید درخواست لغو را به روش‌های زیر ارسال کنید:
- از طریق ارسال ایمیل امن به SAPC-HIM@ph.lacounty.gov (باید یک نسخه از کارت شناسایی دولتی شما ضمیمه باشد)
 - از طریق پست به آدرس SAPC که در فرم درج شده است

لطفاً درخواست‌های لغو را با استفاده از دستورالعمل‌های موجود در فرم به ارائه‌دهنده، آژانس یا SAPC ارسال کنید.

تعاریف تکمیلی

مجوز / رضایت

یک سند کتبی و امضا شده که تمام الزامات بخش 2 از CFR 42 را برآورده می‌کند، از جمله:

- هدف از افشا
- چه کسی مجاز به افشا است
- چه کسی مجاز به دریافت است
- چه اطلاعاتی می‌تواند به اشتراک گذاشته شود
- تاریخ انقضا
- امضا و تاریخ

هر فرم ROI مربوط به SAPC برای برآورده کردن این الزامات برای هدف خاص خود طراحی شده است

هماهنگی مراقبت‌ها

ارتباط و همکاری بین ارائه‌دهندگان برای حمایت از درمان، ارجاعات، مدیریت پرونده و تداوم مراقبت از مراجعه‌کننده.

مراجعه‌کننده

فردی که خدمات اختلال مصرف مواد (SUD) را دریافت می‌کند. مراجعه‌کننده کسی است که اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده (PHI) او ممکن است هنگام امضای ROI به اشتراک گذاشته شود.

نهاد

هر سازمان، آژانس، ارائه‌دهنده، دادگاه، وکیل یا فردی که مجاز به دریافت یا افشای اطلاعات SUD باشد. مثال‌ها: ارائه‌دهندگان DHCS، SAPC، طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده، دادگاه‌ها، مراقبت مشروط، ارائه‌دهندگان مراقبت اولیه.

رسیدگی‌های قانونی

هر فرآیند کیفری، مدنی، اداری یا قانون‌گذاری که در آن اطلاعات SUD ممکن است علیه مراجعه‌کننده درخواست یا استفاده شود. مثال‌ها: جلسات دادگاه، مراقبت مشروط، پرونده‌های رفاه کودک، جلسات تعیین مزایای تأمین اجتماعی.

نماینده قانونی

فردی که از نظر قانونی مجاز به تصمیم‌گیری از طرف مراجعه‌کننده است. مثال‌ها:

- قیم منصوب از طرف دادگاه
- سرپرست قانونی
- والدین یک صغیر. آن‌ها فقط زمانی می‌توانند ROI را امضا کنند که دارای اختیار قانونی مستند باشند.

بر اساس تعاریف HIPAA، حداقل میزان اطلاعات لازم برای تحقق هدف رضایت می‌تواند به اشتراک گذاشته شود.

پرداخت و عملیات مراقبت بهداشتی

فعالیت‌های اداری مورد نیاز برای صدور صورت‌حساب، پرداخت یا مدیریت خدمات SUD، از جمله:

- صدور صورت‌حساب Medi-Cal
- بررسی واجد شرایط بودن
- بررسی استقاده
- بهبود کیفیت
- حسابرسی‌ها و بررسی‌های انطباق

افشای مجدد

هرگونه اشتراک‌گذاری اطلاعات SUD پس از افشای اولیه. بر اساس بخش 2 از CFR 42، افشای مجدد مجاز است، به جز برای رسیدگی‌های قانونی.

لغو رضایت

مراجعه‌کننده حق دارد در هر زمانی رضایت خود را پس بگیرد. پس گرفتن رضایت نمی‌تواند افشاهای گذشته‌ای که در زمان اعتبار رضایت انجام شده‌اند را لغو کند. درخواست لغو باید به صورت کتبی یا با تکمیل بخش لغو فرم ROI انجام شود.

پرداخت‌کننده شخص ثالث

هر نهادی که مسئول پرداخت یا بازپرداخت خدمات SUD به جز خود مراجعه‌کننده است. مثال‌ها: Medi-Cal، DHCS، طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده، بیمه خصوصی.

ارائه‌دهنده درمانی / شبکه ارائه‌دهندگان SAPC

هر برنامه درمان SUD که با SAPC شهرستان لس‌آنجلس طرف قرارداد است، از جمله برنامه‌های سرپایی، اقامتی، OTP، مدیریت ترک و برنامه‌های حمایت از بهبودی.

شاهد

فردی که مشاهده می‌کند مراجعه‌کننده ROI را با قرار دادن علامت امضا می‌کند (زمانی که مراجعه‌کننده قادر به نوشتن برای امضا نیست). دو (2) شاهد باید نام خود را به خط خوانا بنویسند و امضا کنند تا علامت مذکور معتبر تلقی شود.