

تعليمات إكمال نموذج SAPC للموافقة على العلاج وتنسيق الرعاية

الغرض من نموذج الموافقة هذا هو منح إذن كتابي للكشف عن معلوماتك الصحية وتبادلها، بما في ذلك المعلومات المحمية بموجب الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR (معلومات اضطراب تعاطي المخدرات)، بين مقدمي العلاج الحاليين والسابقين والمستقبليين التابعين لشبكة مقدمي خدمات SAPC، وإلى الكيان (الكيانات) أو الفرد (الأفراد) الخارجيين المحددين في نموذج الموافقة هذا بناءً على طلبك أو طلب ممثلك المفوض، وذلك لغرض علاج العميل وتنسيق رعايته. بالنسبة لمعلومات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD)، يجب أن يكون الغرض من الموافقة والإفصاح متوافقاً مع متطلبات الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR وجميع القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها. إن تفويضك طوعي ويمكنك رفض التوقيع. يرجى تخصيص لحظة لقراءة التعليمات أدناه.

اقرأ كل قسم بعناية

يتضمن هذا النموذج عدة أقسام تصف:

- المعلومات التي يمكن مشاركتها
- من يمكنه إرسال المعلومات واستلامها
- لماذا تتم مشاركة المعلومات
- كم من الوقت يستمر التفويض
- حقوقك في إلغاء أو تقييد تفويض الإفصاح عن المعلومات

يرجى قراءة ومراجعة كل قسم بدقة قبل التوقيع.

حدد المعلومات التي يمكن الإفصاح عنها

يمكنك اختيار تقييد نوع أو كمية المعلومات التي يتم الإفصاح عنها. يمكنك تفويض الإفصاح عن:

- سجلك الصحي بالكامل، أو
- تحديد المعلومات التي تفوض باستخدامها والكشف عنها

من يمكنه مشاركة واستلام معلوماتك

يجب عليك تحديد من تفوضه لمشاركة المعلومات. يمكن أن يشمل ذلك:

- شبكة مقدمي الخدمات أو الوكالة (الوكالات) التابعة لـ SAPC، أو
- اختيار مقدمي العلاج في شبكة مقدمي الخدمات أو الوكالة (الوكالات) التابعة لـ SAPC، أو
- كيان (كيانات) / فرد (أفراد) واحد أو أكثر أو وسيط (وسطاء) خارج شبكة مقدمي الخدمات أو الوكالة (الوكالات) التابعة لـ SAPC

يرجى الرجوع إلى القسم الثاني "الكيانات المصرح لها بمشاركة المعلومات الصحية".

راجع حقوقك بموجب قانون HIPAA والجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR

يوضح هذا النموذج حقوقك بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية. لديك الحق في:

- رفض التوقيع على هذا التفويض
- إلغاء تفويضك في أي وقت كتابةً أو شخصياً
- الحصول على نسخة من النموذج المكتمل
- تقييد المعلومات التي تتم مشاركتها
- توقع حماية السرية، بما في ذلك قيود إعادة الإفصاح

يرجى الرجوع إلى القسم الرابع "معلومات هامة أخرى" والقسم السادس "إشعار لمرافقة الإفصاحات" لمزيد من المعلومات المتعلقة بحقوقك بموجب قانون HIPAA والجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR.

انتهاء صلاحية التفويض

سيظل هذا التفويض ساري المفعول طالما أنك تتلقى خدمات من شبكة مقدمي خدمات SAPC ما لم تختار إلغاءه.

يرجى الرجوع إلى القسم الرابع "معلومات هامة أخرى" والقسم السابع "إلغاء الموافقة" لمزيد من المعلومات حول حقوق التفويض الخاصة بك.

إلغاء تفويضك

يمكنك إلغاء تفويضك في أي وقت عن طريق إخطار مقدم العلاج أو البرنامج الخاص بك كتابةً أو شخصياً. الإلغاء لا يلغي المعلومات التي تمت مشاركتها بالفعل قبل استلام الإلغاء.

يرجى الرجوع إلى القسم الرابع "معلومات هامة أخرى" والقسم السابع "إلغاء الموافقة" لمزيد من المعلومات حول كيفية إلغاء تفويضك.

التبادل الإلكتروني والأمن

يجب أن تمتثل جميع عمليات الإفصاح - بما في ذلك تلك التي تتم إلكترونياً - لما يلي:

- متطلبات قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)
- الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR
- قوانين السرية الفيدرالية وقوانين الولاية الأخرى المعمول بها

توقيع وتأريخ النموذج

يؤكد توقيعك على ما يلي:

- أنك تفهم المعلومات الواردة في النموذج
- أنك تأذن بالكشف عن المعلومات الموضحة
- أنك تفهم حقوقك بموجب قانون HIPAA والجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR

إذا كنت توقع بصفتك ممثلاً قانونياً، فيجب عليك توضيح سلطتك للقيام بذلك. تشمل أمثلة السلطة القانونية: الوالد، الوصي القانوني، القيم، منفذ التركة، التوكيل الرسمي، و/أو الأقارب. سيطلب منك تقديم وثائق إضافية لإثبات سلطتك أو علاقتك.

إذا كنت توقع كشاهد على توقيع بالبصمة، يرجى ملء القسم المناسب بمعلوماتك.

إعادة النموذج المكتمل

أعد النموذج الموقع إلى مقدم الخدمة أو البرنامج أو الوكالة المسؤولة عن معالجة طلبك. يمكنك طلب نسخة لسجلاتك.

الوقاية من تعاطي المخدرات والسيطرة عليها

موافقة على الإفصاح عن المعلومات الصحية المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات لأغراض العلاج وتنسيق الرعاية

الغرض من الموافقة والإفصاح: يُفوض نموذج الموافقة هذا بالإفصاح عن المعلومات الصحية المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات (SUD) المحمية بموجب الجزء 2 من العنوان 42 من قانون CFR بين مقدمي خدمات العلاج الحاليين والسابقين والمستقبليين للعميل ضمن شبكة مقدمي خدمات SAPC، وإلى الكيان (الكيانات) أو الفرد (الأفراد) الخارجيين المحددين في نموذج الموافقة هذا بناءً على طلب العميل أو ممثله المفوض لغرض علاج العميل وتنسيق رعايته. يرجى الإشارة إلى ما إذا كنت تأذن بمشاركة المعلومات بين مقدمي خدمات العلاج الحاليين والسابقين والمستقبليين ضمن شبكة مقدمي خدمات SAPC، أو بين شبكة مقدمي خدمات SAPC وكيان (كيانات)/فرد (أفراد) خارجي واحد أو أكثر أو وسيط (وسطاء) خارج شبكة مقدمي خدمات SAPC عن طريق تحديد أحد الخيارين أدناه أو كليهما:

☐ خارج شبكة مقدمي خدمات SAPC

☐ داخل شبكة مقدمي خدمات SAPC

يجب أن يتطابق الاختيار الذي تم إجراؤه في هذا القسم مع الاختيار الذي تم إجراؤه في القسم الثاني. الكيانات المصرح لها بمشاركة المعلومات الصحية.

أولاً. معلومات العميل		
الاسم (الأخير، الأول، والأوسط):	تاريخ الميلاد:	# Medi-Cal:
البريد الإلكتروني:	رقم الهاتف:	آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي (SSN):
يتقدمك عنوان بريدك الإلكتروني، فبذلك تأذن لـ SAPC وشبكة مقدمي خدمات SAPC بالتواصل معك عبر البريد الإلكتروني.		رقم تعريف Sage:
العنوان:		

ثانياً. الجهات المصرح لها بمشاركة المعلومات الصحية

أصرح لمقدمي خدمات العلاج الحاليين والسابقين والمستقبليين بتبادل معلوماتي الصحية المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات (SUD) والمحمية بموجب الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR مع الجهة (الجهات) المحددة أدناه، وذلك بناءً على هذا الطلب لغرض علاجي وتنسيق الرعاية الخاصة بي. اختر خياراً واحداً أو أكثر من الخيارات أدناه. يمكن اختيار خيار واحد فقط من خيارات 'ضمن شبكة مقدمي خدمات SAPC'. يجب أن يتطابق الخيار (الخيارات) المحدد أدناه مع الخيار (الخيارات) المحدد في أعلى هذه الوثيقة.

☐ شبكة مقدمي خدمات SAPC بالكامل: مع جميع مقدمي العلاج في شبكة مقدمي خدمات SAPC. إذا كان هذا هو الاختيار الوحيد، انتقل إلى القسم الثالث. نطاق الإفصاحات.

☐ اختيار وكالة (وكالات) مقدمي خدمات SAPC: مع مقدم (مقدمي) العلاج المختارين في شبكة مقدمي خدمات SAPC المحددين أدناه.

☐ خارج شبكة مقدمي خدمات SAPC: مع الجهة (الجهات)/الفرد (الأفراد) أو الوسيط (الوسطاء) خارج شبكة مقدمي خدمات SAPC المحددين أدناه.

استخدم المساحات المتوفرة أدناه لإدخال معلومات الاتصال الخاصة بمقدم (مقدمي) الخدمة المختارين في شبكة مقدمي خدمات SAPC و/أو الجهة (الجهات) الخارجية التي تصرح بالكشف عن معلوماتك المحمية المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات (SUD) لها. إذا كانت هناك حاجة إلى مساحة إضافية، يرجى إرفاق صفحة تحتوي على الجهات المدرجة في نهاية نموذج الموافقة هذا.

1. اسم الجهة: _____
العنوان: _____
رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____
البريد الإلكتروني: _____ الموقع الإلكتروني: _____

2. اسم الجهة: _____
 العنوان: _____
 رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____
 البريد الإلكتروني: _____ الموقع الإلكتروني: _____

3. اسم الجهة: _____
 العنوان: _____
 رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____
 البريد الإلكتروني: _____ الموقع الإلكتروني: _____

ثالثاً. نطاق الإفصاح

أصرح للجهات المشار إليها في القسم II بمشاركة المعلومات الصحية المحمية المحددة أدناه.

اختر أحد الخيارات أدناه.

☐ سجلي الصحي بالكامل

☐ أخرى: _____

حدد المعلومات التي تصرح باستخدامها والكشف عنها.

رابعاً. معلومات هامة أخرى

بتوقيعي على نموذج الموافقة هذا، أقر بأنني أفهم ما يلي:

- **انتهاء صلاحية الموافقة** - سيظل هذا التفويض سارياً طالما أنني ألتقي خدمات من شبكة مقدمي خدمات SAPC أو ما لم يتم إلغاؤه بخلاف ذلك.
- سجلات علاجي من الكحول و/أو المخدرات محمية بموجب اللوائح الفيدرالية التي تحكم سرية سجلات مرضى تعاطي المخدرات، الجزء الثاني من الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الأمريكية، وقانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 ("HIPAA")، الجزأين 160 و 164 من الباب 45 من قانون اللوائح الفيدرالية الأمريكية، ولا يمكن الكشف عنها دون موافقتي الخطية ما لم تسمح اللوائح بخلاف ذلك.
- يحق لي الحصول على نسخة من نموذج الموافقة هذا. نسخة من نموذج الموافقة هذا صالحة تماماً كالأصل.
- **معلومات إعادة الإفصاح** - المعلومات المتعلقة بعلاج الكحول أو المخدرات التي يتم الكشف عنها لجهة مشمولة أو شريك تجاري قد يتم إعادة الإفصاح عنها وفقاً للأذونات الواردة في لوائح HIPAA.
- **"قيود إعادة الإفصاح"** - لا يمكن إعادة الإفصاح عن المعلومات المكشوف عنها في الإجراءات المدنيةية والجنائية والإدارية والتشريعية ضد العميل دون نموذج موافقة إضافي مخصص لهذا الغرض فقط، بما يتوافق مع الجزء الثاني من الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الأمريكية. الإفصاحات للأغراض القانونية تتطلب موافقة منفصلة.
- أفهم أن المعلومات المستخدمة أو المكشوف عنها بموجب نموذج الموافقة قد تخضع لإعادة الإفصاح من قبل المتلقي ولم تعد محمية بموجب الجزء الثاني من الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الأمريكية.
- يحق لي إلغاء هذه الموافقة في أي وقت كتابياً أو شخصياً مع مقدم خدمات تعاطي المواد المخدرة الخاص بي، باستثناء المدى الذي يكون فيه مقدم الخدمة الخاص بي أو أي حامل قانوني آخر قد تصرف بالفعل بناءً عليها. يمكنني استخدام قسم إلغاء الموافقة في نموذج الموافقة هذا لإنهاء نموذج الموافقة هذا كتابياً. بمجرد استلام إلغاء الموافقة الخاص بي، سيقوم مقدم الخدمة الخاص بي أو SAPC بإلغاء الموافقة على الإفصاح المستقبلي عن المعلومات. أفهم أن الإفصاحات التي تمت قبل إلغاء نموذج الموافقة هذا لا يمكن استردادها، والجهات التي تم الإفصاح لها ليست ملزمة بإعادة الإفصاحات أو التخلص منها.

خامساً. توقيع العميل أو الممثل القانوني

بتوقيعي أدناه، أقر بأنني قرأت نموذج الموافقة وأفهم أن توقيعي يصرح بالكشف عن معلوماتي الصحية كما هو موضح في هذا النموذج. أفهم أن التوقيع على هذا النموذج طوعي وأن لي الحق في رفض التوقيع.

اسم وتوقيع العميل أو الممثل القانوني للعميل:

إذا كان العميل لا يستطيع الكتابة، فيمكنه وضع علامة على سطر التوقيع. التوقيع بالعلامة يتطلب شاهدين. يجب على الشاهد كتابة اسم العميل على السطر المخصص لاسم العميل وكتابة اسمه الخاص والتوقيع في إحدى مساحات الشهود المخصصة أدناه. يجب على شاهد ثانٍ كتابة اسمه والتوقيع في مساحة الشاهد الأخرى للإقرار بتوقيع العميل بالعلامة.

الاسم المطبوع (الاسم الأول، الأوسط، الأخير) _____
التوقيع _____
الشهر _____
اليوم _____
السنة _____

إذا تم التوقيع من قبل الممثل القانوني للعميل، اذكر صلة القرابة والسلطة للقيام بذلك:

إذا كان العميل لا يستطيع الكتابة وقام بوضع علامة كتوقيع له أعلاه، يلزم وجود شاهدين لإكمال قسم الشهود عن طريق كتابة أسمائهم والتوقيع أدناه.

1. _____
اسم الشاهد المطبوع (الاسم الأول، الأوسط، واسم العائلة) _____
2. _____
اسم الشاهد المطبوع (الاسم الأول، الأوسط، واسم العائلة) _____
التوقيع _____
التوقيع _____

سادساً. إشعار مرفق بالإفصاحات

هذا السجل الذي تم الإفصاح عنه لك محمي بموجب قواعد السرية الفيدرالية ([الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR](#)). تحظر هذه القواعد عليك استخدام أو الإفصاح عن هذا السجل، أو الشهادة التي تصف المعلومات الواردة في هذا السجل، في أي إجراءات مدنية أو جنائية أو إدارية أو تشريعية من قبل أي سلطة فيدرالية أو حكومية أو محلية، ضد المريض، ما لم يكن ذلك مصرحاً به بموافقة المريض، باستثناء ما هو منصوص عليه في [الجزء 2.12\(c\)\(5\) من الباب 42 من قانون CFR](#) أو كما هو مصرح به من قبل محكمة بموجب [الجزء 2.64](#) أو [2.65](#) من قانون CFR. بالإضافة إلى ذلك، تحظر القواعد الفيدرالية عليك إجراء أي استخدام أو إفصاح آخر لهذا السجل ما لم ينطبق واحد على الأقل مما يلي:

- (1) الاستخدام أو الإفصاح الإضافي مسموح به صراحةً بموافقة خطية من الفرد الذي يتم الإفصاح عن معلوماته في هذا السجل أو كما هو مسموح به بخلاف ذلك بموجب [الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR](#).
- (2) أنت كيان مغطى أو شريك تجاري وقد تلقيت السجل للعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، أو
- (3) لقد تلقيت السجل من كيان مغطى أو شريك تجاري كما هو مسموح به بموجب [الجزء 164 من الباب 45 من قانون CFR](#)، [الأجزاء الفرعية A و E](#).

لا يعتبر التفويض العام للإفراج عن المعلومات الطبية أو غيرها كافياً لاستيفاء العناصر المطلوبة للموافقة الخطية لمزيد من الاستخدام أو إعادة الإفصاح عن السجل (انظر [الجزء 2.31 من الباب 42 من قانون CFR](#)).

سابعاً. إلغاء الموافقة

يحق لي إلغاء نموذج الموافقة هذا في أي وقت عن طريق إكمال هذا القسم وتقديم إلغاء الموافقة الخاص بي بالبريد أو شخصياً إلى مقدم الرعاية الخاص بي، باستثناء المدي الذي يكون فيه مقدم الرعاية الخاص بي أو أي حامل قانوني آخر قد تصرف بالفعل بناءً عليه.

عنوان وكالة مقدم خدمات علاج تعاطي المخدرات:

اسم المنظمة: _____
عنوان الشارع (السطر 1): _____
عنوان الشارع (السطر 2: شقة/جناح/وحدة): _____
المدينة، الولاية، والرمز البريدي: _____

بمجرد استلام إلغاء الموافقة الخاص بي، سيقوم مقدم الرعاية الخاص بي بإلغاء نموذج الموافقة للإفراج المستقبلي عن المعلومات. لا يمكن استرداد الإفصاحات التي تمت قبل استلام الإلغاء.

بالتوقيع أدناه، ألغي موافقتي على الإفراج المستقبلي عن المعلومات. أفهم أن أي إفصاحات تمت قبل استلام هذا الإلغاء لا يمكن التراجع عنها أو استردادها.

اسم وتوقيع العميل أو الممثل القانوني للعميل:

إذا كان العميل لا يستطيع الكتابة، فيمكنه وضع علامة على سطر التوقيع. التوقيع بالعلامة يتطلب شاهدين. يجب على الشاهد كتابة اسم العميل على السطر المخصص لاسم العميل وكتابة اسمه الخاص والتوقيع في إحدى مساحات الشهود المخصصة أدناه. يجب على شاهد ثانٍ كتابة اسمه والتوقيع في مساحة الشاهد الأخرى للإقرار بتوقيع العميل بالعلامة.

الاسم المطبوع (الاسم الأول، الأوسط، واسم العائلة) _____
التوقيع _____
الشهر _____
اليوم _____
السنة _____

إذا تم التوقيع من قبل الممثل القانوني للعميل، اذكر صلة القرابة والسلطة للقيام بذلك:

إذا كان العميل لا يستطيع الكتابة وقام بوضع علامة كتوقيع له أعلاه، يلزم وجود شاهدين لإكمال قسم الشهود عن طريق كتابة أسمائهم والتوقيع أدناه.

1. اسم الشاهد المطبوع (الاسم الأول، الأوسط، واسم العائلة) _____
2. اسم الشاهد المطبوع (الاسم الأول، الأوسط، واسم العائلة) _____

التوقيع _____
التوقيع _____

يمكن للعملاء الذين قدموا نموذج موافقة الإفراج عن المعلومات مباشرة إلى SAPC إعادة نموذج إلغاء الموافقة المكتمل عبر البريد الإلكتروني الآمن أو بالبريد إلى العنوان المدرج أدناه. يجب إرفاق نسخة من هويتهم الرسمية الصادرة عن الحكومة للتحقق من شرعية الطلب.

عنوان البريد الإلكتروني:
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

العنوان البريدي لـ SAPC
الوقاية من تعاطي المخدرات ومكافحتها
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

يرجى ملاحظة: لن تتم معالجة طلبات الإلغاء المقدمة إلى SAPC من عملاء لم يكملوا نموذج موافقة الإفراج عن المعلومات مباشرة مع SAPC، أو الطلبات المقدمة بدون نسخة من هوية صالحة صادرة عن الحكومة.

كيفية ملء نموذج موافقة SAPC للعلاج وتنسيق الرعاية

الغرض من الموافقة والإفصاح (أعلى النموذج)

يحدد هذا القسم الجهات التي يمكن مشاركة معلومات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) الخاصة بك معها. تأكد من أن اختيارائك هنا تتطابق مع القسم الثاني.

الخطوة 1 - اقرأ بيان الغرض.
1. يوضح هذا أن النموذج يصرح بالإفراج عن معلومات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) المحمية بموجب الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR لغرض علاج العميل وتنسيق الرعاية."

الخطوة 2 - اختر خياراً واحداً أو أكثر

1. اختر مربع اختيار واحد أو كليهما:

- a. داخل شبكة مقدمي خدمات SAPC اختر هذا إذا كنت تريد مشاركة معلوماتك فقط بين مقدمي خدمات اضطراب تعاطي المخدرات المتعاقدين مع SAPC.
- b. خارج شبكة مقدمي خدمات SAPC اختر هذا إذا كنت تريد مشاركة معلوماتك مع جهات خارجية (على سبيل المثال، الرعاية الأولية، الصحة العقلية، المراقبة، مستشفى معين، نفسك، إلخ).

القسم الأول - معلومات العميل

املاً معلوماتك الشخصية حتى تتمكن SAPC ومقدمو الخدمات لديك من تحديد سجلك بشكل صحيح.

1. الاسم: اكتب اسمك القانوني الكامل (اللقب، الاسم الأول، الاسم الأوسط).
2. تاريخ الميلاد: استخدم صيغة شهر/يوم/سنة.
3. رقم Medi-Cal: أدخل رقم Medi-Cal الخاص بك، إذا كان لديك واحد.
4. عنوان البريد الإلكتروني: أدخل بريداً إلكترونياً تستخدمه بانتظام.
5. رقم الهاتف: أفضل رقم هاتف للوصول إليك.
6. آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي (SSN): أدخل فقط آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي أو لا تعرف ما هو رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، فيرجى تركه فارغاً.
7. العنوان: عنوانك البريدي الحالي.
8. رقم تعريف Sage: قدم رقم سجلك الطبي في نظام Sage EHR، إذا كنت تعرفه. إذا كان غير معروف، اتركه فارغاً أو اسأل مقدم الخدمة الخاص بك.

القسم الثاني - الجهات المصرح لها بمشاركة المعلومات الصحية

يحدد هذا القسم من يمكنه تبادل معلومات اضطرابات تعاطي المخدرات (SUD) الخاصة بك بناءً على اختيارك (اختياراتك).

الخطوة 1 - اختر خياراً واحداً أو أكثر

حدد الخيار (الخيارات) التي تلي احتياجاتك:

1. شبكة مقدمي الخدمات الكاملة التابعة لـ SAPC
a. اختر هذا الخيار إذا كنت ترغب في أن يتمكن مقدم الخدمة الخاص بك من تبادل البيانات مع شبكة مقدمي خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات (SUD) التابعة لـ SAPC بالكامل من أجل تنسيق رعايتك بشكل كامل عبر الوكالات.
b. إذا كان هذا هو المربع الوحيد الذي تم تحديده، يمكنك الانتقال إلى القسم الثالث.
2. حدد وكالة (وكالات) مقدمي خدمات SAPC
a. اختر هذا الخيار إذا كنت ترغب في تفويض مقدم خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات (SUD) الخاص بك لتبادل المعلومات فقط مع مقدمي خدمات آخرين محددين تابعين لـ SAPC.
b. سيتعين عليك تقديم المعلومات المحددة المطلوبة لكل مقدم خدمة تابع لـ SAPC ترغب في طلب معلوماتك الصحية منه أو مشاركتها معه.
3. خارج شبكة مقدمي الخدمات التابعة لـ SAPC
a. اختر هذا الخيار إذا كنت ترغب في مشاركة معلوماتك مع جهات خارجية (على سبيل المثال، إدارة الصحة العقلية، إدارة الخدمات الصحية، طبيب الرعاية الأولية الخاص بك، مستشفى، مدرسة، إلخ).
b. سيتعين عليك تقديم المعلومات المحددة المطلوبة لكل جهة ترغب في طلب معلوماتك الصحية منها أو مشاركتها معها.

الخطوة 2 - املأ تفاصيل الجهة (إن وجدت)

لكل مقدم خدمة تابع لـ SAPC أو جهة خارجية تفوضها، يرجى ملء:

- اسم الجهة (الاسم الكامل، تجنب الاختصارات)
- العنوان (العنوان البريدي الكامل)
- رقم الهاتف (مع رمز المنطقة)
- رقم الفاكس (إذا كان معروفاً)
- البريد الإلكتروني (إذا كان معروفاً)
- الموقع الإلكتروني (اختياري)

الخطوة 3 - أضف صفحات إضافية إذا لزم الأمر

إذا كان لديك أكثر من ثلاث جهات، أرفق ورقة منفصلة تدرج الباقي.

القسم الثالث - نطاق الإفصاح

يحدد هذا القسم المعلومات التي يمكن استخدامها أو الإفصاح عنها.

الخطوة 1 — اختر خياراً واحداً

- ☐ **سجلي الصحي بالكامل:** اختر هذا الخيار إذا كنت تريد إتاحة سجل اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) الخاص بك بالكامل لتنسيق الرعاية.
- ☐ **أخرى:** اختر هذا الخيار إذا كنت تريد تقييد ما يتم مشاركته.

الخطوة 2 — في حال اختيار "أخرى"، حدد بدقة ما يمكن الكشف عنه

كن محدداً قدر الإمكان حتى يعرف مقدمو الخدمة ما هو مسموح به.

أمثلة:

- "تواريخ العلاج فقط"
- "التقييم والتشخيص فقط"
- "قائمة الأدوية"
- "إثبات المشاركة في البرنامج"
- "تقارير التقدم فقط"

القسم الرابع — معلومات هامة أخرى

لا تحتاج إلى كتابة أي شيء في هذا القسم. اقرأ كل قسم فرعي بعناية.

- **تاريخ الانتهاء:** تظل موافقتك سارية حتى تقوم بإلغائها.
- **الحماية:** سجلاتك محمية بموجب القوانين الفيدرالية بموجب الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR وقانون HIPAA.
- **الحق في عدم التوقيع:** يمكنك رفض التوقيع، ولكن في هذه الحالة لن يتم الإفراج عن سجلك.
- **الحق في الحصول على نسخة:** يمكنك طلب نسخة من الموافقة الموقعة.
- **إعادة الكشف:** وفقاً لقانون HIPAA، قد يتم إعادة الكشف عن بعض معلوماتك من قبل الوكالة المتلقية في ظل ظروف محدودة.
- **الحماية القانونية:** لا يمكن استخدام معلوماتك في الإجراءات القانونية دون موافقة منفصلة.
- **الحق في الإلغاء:** يمكنك إلغاء هذه الموافقة في أي وقت. لا يمكن استرداد المعلومات التي تمت مشاركتها بالفعل.

القسم الخامس — توقيع العميل أو الممثل القانوني

هذا هو المكان الذي تفوض فيه رسمياً بالإفراج عن المعلومات.

1. **الاسم المطبوع:** اسمك القانوني الكامل.
2. **التوقيع:** وقع باسمك.
 - a. إذا كنت لا تستطيع الكتابة، يمكنك التوقيع بعلامة.
 - b. في حال التوقيع بعلامة، يجب على شاهدين إكمال قسم الشهود.
3. **التاريخ:** أدخل تاريخ التوقيع.

4. إذا تم التوقيع من قبل ممثل قانوني:

- a. اذكر صلة القرابة (على سبيل المثال، أب، وصي، إلخ).
 - b. اذكر السلطة المخولة (على سبيل المثال، أمر محكمة، وصاية، إلخ).
5. **قسم الشهود (فقط إذا وقع العميل بعلامة)**

يجب على الشاهدين:

- كتابة اسميهما بوضوح
- التوقيع باسميهما

إذا وقع ممثل قانوني، فيجب عليه ذكر صلة قرابته وسلطته القانونية للقيام بذلك. إذا وقع العميل بعلامة، يجب على شاهدين كتابة اسميهما والتوقيع.

القسم السادس — إشعار مرافق للإفصاحات

هذا هو إشعار السرية المطلوب بموجب الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR والذي سيرافق معلوماتك. لا يلزم الكتابة في هذا القسم. الإشعار المرافق للإفصاحات هو إشعار سرية سيرافق السجلات التي يتم الإفراج عنها كما هو مصرح به بموجب توقيع هذا النموذج. يُعلم إشعار السرية المتلقي بأن السجلات التي يتم استلامها محمية بموجب قوانين السرية الحكومية والفيدرالية ولا يمكن مشاركتها مع كيانات أخرى غير مصرح لها بموجب نموذج الموافقة هذا.

القسم السابع — إلغاء الموافقة

أكمل هذا القسم فقط عندما ترغب في إلغاء موافقتك (أي في المستقبل).

الخطوة 1 — معلومات مقدم الخدمة

املاً ببيانات مقدم الخدمة المعالج:

- اسم المؤسسة
- عنوان المراسلة الكامل

الخطوة 2 — توقيع الإلغاء

1. اطلع اسمك
2. وقع باسمك (أو ضع علامة).
3. أرخ الإلغاء (شهر/يوم/سنة)
4. إذا وقع ممثل قانوني، اذكر صلة القرابة والسلطة للقيام بذلك
5. إذا كنت تقدم الطلب مباشرة إلى SAPC، يرجى إرفاق نسخة من هويتك الصادرة عن جهة حكومية للتحقق من هويتك

الخطوة 3 — الشهود (في حال التوقيع بعلامة)

يجب على شاهدين كتابة اسميهما والتوقيع.

الخطوة 4 — تقديم الإلغاء

إذا كنت قد قدمت الموافقة الأصلية مباشرة إلى SAPC، يمكنك إرسال الإلغاء:

- عبر بريد إلكتروني آمن إلى SAPC-HIM@ph.lacounty.gov (يجب إرفاق نسخة من هويتك الصادرة عن جهة حكومية)
- عبر البريد إلى عنوان SAPC المدرج في النموذج

يرجى إرسال طلبات الإلغاء إلى مقدم الخدمة أو الوكالة الخاصة بك، أو إلى SAPC باستخدام التعليمات الواردة في النموذج.

تعريفات إضافية

التوقيض / الموافقة

وثيقة مكتوبة وموقعة تستوفي جميع متطلبات الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR)، بما في ذلك:

- الغرض من الإفصاح
- الجهة المسموح لها بالإفصاح
- الجهة المسموح لها بالاستلام
- المعلومات التي يمكن مشاركتها
- تاريخ الانتهاء
- التوقيع والتاريخ

تم تصميم كل نموذج من نماذج إطلاق المعلومات (ROI) الخاصة بـ SAPC لتلبية هذه المتطلبات لغرضه المحدد.

التواصل والتعاون بين مقدمي الخدمات لدعم علاج العميل، والإحالات، وإدارة الحالة، واستمرارية الرعاية.

العميل

الفرد الذي يتلقى خدمات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD). العميل هو الشخص الذي يمكن مشاركة معلوماته الصحية المحمية (PHI) عند توقيعه على نموذج ROI.

الكيان

أي منظمة أو وكالة أو مقدم خدمة أو محكمة أو محامٍ أو فرد مصرح له باستلام أو الإفصاح عن معلومات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD). أمثلة: مقدمو خدمات SAPC، وإدارة الرعاية الصحية (DHCS)، وخطط الرعاية المُدارة، والمحاكم، والمراقبة، ومقدمو الرعاية الأولية.

الإجراءات القانونية

أي عملية جنائية أو مدنية أو إدارية أو تشريعية قد يتم فيها طلب معلومات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) أو استخدامها ضد العميل. أمثلة: جلسات المحكمة، والمراقبة، وقضايا رعاية الطفل، وجلسات تحديد استحقاقات الضمان الاجتماعي.

الممثل القانوني

شخص مخول قانوناً باتخاذ القرارات نيابة عن العميل. أمثلة:

- وصي معين من قبل المحكمة
- ولي أمر قانوني
- والد القاصر، ويمكنهم التوقيع على نموذج ROI فقط عندما يكون لديهم سلطة قانونية موثقة.

معياري الحد الأدنى الضروري

بموجب تعريفات قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)، يمكن مشاركة أقل قدر من المعلومات اللازمة لتحقيق الغرض من الموافقة.

الدفع وعمليات الرعاية الصحية

الأنشطة الإدارية اللازمة لإصدار الفواتير أو الدفع أو إدارة خدمات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD)، بما في ذلك:

- إصدار فواتير Medi-Cal
- التحقق من الأهلية
- مراجعة الاستخدام
- تحسين الجودة
- عمليات التدقيق ومراجعات الامتثال

إعادة الإفصاح

أي مشاركة لمعلومات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) بعد الإفصاح الأولي. بموجب الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR، يُسمح بإعادة الإفصاح، باستثناء الإجراءات القانونية.

إلغاء الموافقة

يحق للعميل سحب موافقته في أي وقت. سحب الموافقة لا يمكنه إلغاء الإفصاحات السابقة التي تمت بالفعل عندما كانت الموافقة سارية. يجب أن يكون الإلغاء كتابياً أو مكتماً باستخدام قسم الإلغاء في نموذج ROI.

جهة دفع خارجية

أي كيان مسؤول عن دفع أو تعويض تكاليف خدمات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) بخلاف العميل نفسه. أمثلة: Medi-Cal، وDHCS، وخطط الرعاية المُدارة، والتأمين الخاص.

مقدم العلاج / شبكة مقدمي خدمات SAPC

أي برنامج لعلاج اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) متعاقد مع SAPC في مقاطعة لوس أنجلوس، بما في ذلك برامج العيادات الخارجية، والإقامة، وبرامج علاج الأفيون (OTP)، وإدارة الانسحاب، وبرامج دعم التعافي.

شاهد

شخص يراقب العميل وهو يوقع على نموذج ROI بعلامة (عندما لا يستطيع العميل كتابة توقيعه). يجب على شاهدين (2) كتابة اسميهما وتوقيعيهما لكي تعتبر العلامة صالحة.