

تفويض بالإفصاح عن  
المعلومات الصحية  
المحمية (PHI)



تشير المعلومات الصحية المحمية (PHI) إلى معلومات حول صحتك. تحمي القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية خصوصية معلوماتك الصحية المحمية (PHI)، من خلال توقيع هذه الورقة، فإنك تمنحنا موافقتك. ولا ننشر إلا المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي تصرّح لنا بإمكانية مشاركتها. ومنحها فقط للأشخاص أو الوكالات التي تحددها.

1. من هو عضو Medicaid؟

|                                 |                            |                             |
|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| الاسم الأول                     | الاسم الأخير               | الحرف الأول من الاسم الأوسط |
| رقم بطاقة هوية العضو            | تاريخ الميلاد (MM/DD/YYYY) | رقم الهاتف                  |
| الشارع                          |                            |                             |
| المدينة والولاية والرمز البريدي |                            |                             |

2. من يمكن تقديم المعلومات الصحية المحمية (PHI) إليه؟

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| اسم الشركة أو الشخص             | رقم الهاتف |
| الشارع                          |            |
| المدينة والولاية والرمز البريدي |            |
| اسم الشركة أو الشخص             | رقم الهاتف |
| الشارع                          |            |
| المدينة والولاية والرمز البريدي |            |

3. ما المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي يمكننا مشاركتها؟

- نشارك فقط المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي توافق عليها. أخبرنا عن نوع المعلومات الصحية المحمية (PHI) من خلال تحديد المربع.
- ☐ أي معلومات مطلوبة ☐ المعلومات الصحية (الطبية أو المتعلقة بالأسنان أو الصيدلية أو النظر)
- ☐ الرعاية طويلة الأمد ☐ سجلات التدبير العلاجي للمريض
- المعلومات الحساسة: (قد تشمل هذه المعلومات على معلومات العلاج و/أو التشخيص)
- ☐ اضطراب تعاطي المواد (الكحول/المخدرات) ☐ فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ☐ الأمراض المنقولة جنسيًا
- ☐ الصحة السلوكية/العقلية (ولكن ليست ملاحظات المعالجة النفسية).
- ☐ غير ذلك (يرجى التوضيح) \_\_\_\_\_

4. لماذا تنشر هذه المعلومات الصحية المحمية (PHI)؟

السبب/الغرض:

5. هذا النموذج سارٍ للاستخدام لمدة عام واحد ما لم تذكر مدة أقصر أدناه.

موافقتي سارية من:

MM/DD/YYYY

إلى

MM/DD/YYYY

يمكنني سحب موافقتي بالكتابة إلى العنوان الوارد في هذا النموذج.

إذا سحبت موافقتك فلن تؤدي إلى سحب المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي شاركناها بالفعل. ولكن لن نشارك المزيد من معلوماتك الصحية المحمية (PHI).

لن تتغير فرصتي في الاشتراك في تأمين في حالة عدم توقيعي على هذا النموذج.

يحق لأي شخص يتلقى المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بي مع الآخرين. ويعني هذا أن القوانين قد لا تتمكن من حماية المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بي.

قد تشمل المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي أوافق على مشاركتها على ما يلي:

- معلومات العلاج والحالة الصحية
- الأمراض المزمنة
- حالات الصحة السلوكية/العقلية
- تشخيص أو علاج اضطراب تعاطي المواد (الكحول/المخدرات)
- الأمراض المعدية والأمراض المنقولة جنسياً (فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز) ومعلومات عن الوصمة الوراثية

يمكنني الحصول على نسخة من هذه الموافقة بالكتابة إلى العنوان الوارد في هذا النموذج.

لن تشارك خطة Mercy Care المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بي مع الأسماء التي حددتها إلا في حالة توقيعي على هذا النموذج، وليس مع أي شخص آخر.

#### تنبيه:

يتعين علي توقيع هذا النموذج في حالة انطباق أي من الخيارات الموضحة أدناه.

أبلغ من العمر 18 عامًا أو أكبر.

أبلغ من العمر 18 عامًا وأنا متزوج أو أتمتع بالتححر (من الوصاية).

تسمح لي ولايتي بالعلاج حتى في حالة عدم موافقة والدي أو الوصي القانوني الخاص بي.

قد تشمل المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بي التي تتم مشاركتها على واحدة أو أكثر من الحالات الموضحة أدناه:

- حالات الصحة السلوكية/العقلية
- تشخيص أو علاج اضطراب تعاطي المواد (الكحول/المخدرات)
- الأمراض المنقولة جنسياً (بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز)
- الصحة الإنجابية (بما في ذلك منع الحمل ورعاية ما قبل الولادة والإجهاض)

#### 6. توقيع العضو أو الممثل المفوض.

| التوقيع                                                                                                | التاريخ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| الاسم بأحرف واضحة                                                                                      |         |
| في حالة توقيع ممثل قانوني على هذا النموذج، صف العلاقة: (والد/والدة، وصي قانوني، توكيل رسمي، ممثل شخصي) |         |

يشير مصطلح **الممثل المفوض** إلى تمتعك بإثبات قانوني لقدرتك على التصرف نيابة عن هذا الشخص. يوقع الممثل نيابة عن شخص لا يمكنه قانوناً التوقيع بنفسه. إذا كان العضو أقل من 18 عامًا، فيجب على الوالد/الوالدة أو الوصي التوقيع للقاصر. إذا كنت ممثلاً توقع هذا النموذج، فيتعين عليك إرسال إثبات قانوني لقدرتك على التصرف نيابة عن هذا الشخص.

هل خطة بديك أسئلة؟ يمكننا أن نقدم المساعدة. اتصل بـ Mercy Care لي اعلرقم **800-624-3879**.

أو اتصل بـ Mercy Care Advantage على الرقم **1-877-436-5288**.

يرجى توقيع هذا النموذج مكتملاً وإرجاعه إلى :  
**Mercy Care**  
**Privacy Officer or Coordinator**  
**4750 S. 44th Place, Ste. 150**  
**Phoenix, AZ 85040**