

التفويض الخاص بالإفصاح عن ملاحظات المعالجة النفسية



استخدم هذا النموذج إذا كنت ترغب في مشاركة مقدم الرعاية الصحية العقلية الخاص بك ملاحظات المعالجة النفسية مع Mercy Care.

يتم إنشاء ملاحظات المعالجة النفسية من قبل مقدم الرعاية الصحية العقلية الخاص بك. وهذه الملاحظات عبارة عن تسجيلات لأحاديثك مع مقدم الرعاية الصحية العقلية خلال جلسات الاستشارة. ويحتفظ مقدم الرعاية الصحية العقلية لك بهذه الملاحظات بصورة منفصلة عن سجلاتك الطبية.

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. أوافق على مشاركة مقدم الرعاية الصحية العقلية هذا ملاحظات المعالجة النفسية الخاصة بي.

مقدم الرعاية الصحية العقلية	رقم الهاتف
الشارع	
المدينة والولاية والرمز البريدي	

3. أوافق على تلقي هذا الشخص أو هذه الشركة ملاحظات المعالجة النفسية الخاصة بي.

اسم الشركة أو الشخص	رقم الهاتف
Mercy Care ¹	
الشارع	
المدينة والولاية والرمز البريدي	

1 إخطار إلى مستلم (مستلمي) المعلومات:

المعلومات التي يتم الإفصاح عنها لخطوة Mercy Care فيما يتعلق بحالات معينة، مثل علاج تعاطي الكحول أو المخدرات، وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وأمراض أخرى منقولة جنسياً والصحة السلوكية ومعلومات عن الوصمة الوراثية محمية بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية والتي تحظر أي إفصاح إضافي عن هذه المعلومات من جانب خطة Mercy Care دون موافقة كتابية صريحة من قبل الشخص الذي تخصه المعلومات أو حسبما تصرّح القوانين الأخرى خلافاً لذلك. وقد يؤدي أي إفصاح إضافي غير مصرّح به انتهاكاً للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية إلى عقوبة بالسجن أو الغرامة أو كليهما. ولا يعتبر التفويض العام

للإفصاح عن معلومات طبية أو غير ذلك موافقة كافية للإفصاح عن أنواع المعلومات هذه. وتقيّد القاعدة الفيدرالية الواردة في الجزء 2 من العنوان 42 من مدونة اللوائح الفيدرالية استخدام المعلومات التي يتم الإفصاح عنها للتحقيق جنائيًا أو الملاحقة القضائية لأي مريض يتعاطى الكحول أو المخدرات.

4. لماذا تنشر ملاحظات المعالجة النفسية هذه؟

السبب/الغرض:

تقتصر موافقتي على الإفصاح عن ملاحظات المعالجة النفسية فقط. أتفهم أن هذه الملاحظات قد تحتوي على معلومات في الرعاية الطبية أو علاج لتعاطي المخدرات. وكذلك المعلومات المتعلقة بتصرفات العنف المنزلي أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو غير ذلك من الأمراض المعدية أو المنقولة جنسيًا. وأي علاج قد يقدمه مقدمو رعاية صحية آخرين.

5. تمتد فترة سريان ملاحظات المعالجة النفسية التي أوافق عليها لتواريخ الخدمة التالية:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

بالتوقيع أدناه، فأنا أتفهم وأوافق على ما يلي:

يمكنني سحب موافقتي من خلال سؤال مقدم الرعاية الصحية العقلية الخاص بي والوارد اسمه في القسم 2. إذا سحبت موافقتك فلن تؤدي إلى سحب المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي تلقيناها بالفعل. لن تتغير فرصتي في الاشتراك في تأمين في حالة عدم توقيعني على هذا النموذج. يحق لأي شخص يتلقى معلوماتي مع الآخرين. ويعني هذا أن القوانين قد لا تتمكن من حماية معلوماتي. يمكنني الحصول على نسخة من هذه الموافقة بالكتابة إلى العنوان الوارد في القسم 3 من هذا النموذج.

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 بالحرر (من الوصاية).

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

قد تشتمل ملاحظات المعالجة النفسية التي تتم مشاركتها على واحدة من الحالات الموضحة أدناه:

- تشخيص أو علاج اضطرابات استعمال المواد
- الصحة العقلية
- الأمراض المنقولة جنسيًا (بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز)
- الصحة الإنجابية (بما في ذلك منع الحمل ورعاية ما قبل الولادة والإجهاض)
- صحة الأسنان والطب العام

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 عاماً، 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.

• دلائك سلّم؟ يهكنا أن ندمم س الماعدة ل خط ة هاتصل ب Mercy Care م قعللى ار **800-624-3879**.

أو اتصل ب 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