تفويض لمشاركة معلومات Medi-Cal السرية (ASCMI)

الإصدار 1.0 [التجريبي]

ديسمبر 2022

إخلاء المسؤولية: تم تصميم استمارة تفويض لمشاركة معلومات Medi-Cal السرية لاستخدامها فقط من قبل المشاركين في تفويض مشاركة معلومات Medi-Cal السرية التجريبي. لا يقدم قسم خدمات الرعاية الصحية أي مثال حول ملاءمة هذه الاستمارة للاستخدامات خارج تفويض مشاركة معلومات Medi-Cal السرية التجريبي. نموذج تفويض لمشاركة معلومات Medi-Cal السرية، بما في ذلك المرفقات، عرضة للتغيير.

الاسم الشخصي	الاسم العائلي	تاريخ الميلاد	
عنوان المراسلات	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
عنوان السكن	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم (أرقام) الهاتف	البريد الإلكتروني	بطاقة هوية المستفيد (BIC)	

من خلال التوقيع على هذه الاستمارة، فإنك تفوض منظمات وأفراد معينين باستخدام ومشاركة معلوماتك الصحية وغيرها من المعلومات السرية للأغراض الموضحة في القسم 1.

1. الغاية

من خلال التوقيع على هذا التفويض، فإنك تفوض مشاركة معلوماتك الصحية والمعلومات السرية الأخرى فقط من أجل:

(a) تزويدك أو إحالتك أو مساعدتك في الوصول إلى العلاج الطبي، والمزايا، والبرامج، والخدمات الاجتماعية، وإدارة الحالة، وموارد المجتمع، وأشكال الدعم الأخرى ("الخدمات") لتلبية احتياجاتك.

(b) تحديد ودعم وتنسيق وتحسين وترتيب الدفع مقابل الخدمات التي قد يتم تقديمها لك.

(c) مساعدة Medi-Cal على تقديم خدمة طبية أفضل من خلال تقييم وإعداد التقارير وإدارة صحة السكان.

2. أنواع المعلومات التي تسمح بنشرها

من خلال التوقيع، فإنك تفوض الأنواع التالية من المعلومات الصحية وغيرها من المعلومات السرية ليتم مشاركتها فقط للأغراض المذكورة أعلاه.

(a) المعلومات الصحية المحمية (PHI)، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية والسجل الطبي ونتائج الاختبارات المخبرية والظروف والعلاجات الحالية أو المستقبلية.

تفويض لمشاركة معلومات Medi-Cal السرية (ASCMI)

(b) معلومات الصحة العقلية، بما في ذلك التشخيصات الحالية والسابقة وعلاجات حالات صحتك العقلية. هذا لا يشمل ملاحظات العلاج النفسي، والتي يتم مشاركتها فقط إذا وافقت على ذلك بشكل منفصل.

(c) معلومات عن استخدام المواد المخدرة، بما في ذلك التشخيصات الحالية والسابقة لتعاطي الكحول أو المخدرات، والأدوية، والعلاج، والاختبارات المخبرية، وسجل المشكلة الصحية، وتصريفات المنشأة. يشمل ذلك معلومات عن اضطراب تعاطي المخدرات والتي تأتي من مزود اضطراب تعاطي المخدرات / الكحول الخاضع للوائح السرية الفيدرالية لاستخدام المخدرات (42 C.F.R. الجزء 2) إذا حددت المربع في نهاية هذه الاستمارة.

(d) برامج التعليم الفردية، وغيرها من المعلومات حول الخدمات الاجتماعية المقدمة في المدارس.

(e) معلومات الأهلية / التسجيل الطبية، والتي تتضمن الدخل وبعض المعلومات الديموغرافية والجغرافية الأخرى المتعلقة بأهليتك للحصول على الخدمات والمزايا.

(f) معلومات السكن / التشرد، بما في ذلك حالة وسجل ودعم السكن.

(g) معلومات العدالة الجنائية المحدودة، بما في ذلك بيانات وتواريخ وموقع السجن وحالة الإشراف على السجين. لا تنطبق موافقتك على سجلك الإجرامي والتهم ووضعية الهجرة.

3. مصادر معلوماتك ومستلميها

من خلال التوقيع، فإنك توافق على السماح بتبادل المعلومات الصحية أو المجتمعية ("HIE / CIE") لتسهيل تبادل معلوماتك الصحية وغيرها من المعلومات السرية مع شركاء الرعاية الخاصين بك وفيما بينهم والتي تلقيت أو ستتلقى منها الفوائد أو العلاج أو الخدمات ("شركاء رعايتك"). لا يجوز مشاركة المعلومات إلا للأغراض الواردة في الجزء 1. قد يشمل شركاء الرعاية الخاصين بك ما يلي:

(a) مقدمو الرعاية الصحية، مثل المستشفيات والعيادات والأطباء والصيدليات ومقدمي خدمات الصحة السلوكية.

(b) خطط الرعاية المُدارة (MCPs)، التي تدير خدمات Medi-Cal وتدفع مقابل الخدمات التي تتلقاها من Medi-Cal.

(c) بعض المنظمات المجتمعية (CBOs) التي يجب أن تمتثل لقوانين الخصوصية الفيدرالية للرعاية الصحية، بما في ذلك بعض مزودي الوجبات المصممة طبياً ومقدمي خدمات الإسكان ومقدمي علاج الربو.

تفويض لمشاركة معلومات Medi-Cal السرية (ASCMI)

(d) مقدمو الخدمات الصحية أو الاجتماعية في المدرسة، مثل الممرضات والأخصائيين الاجتماعيين والمستشارين.

(e) وكالات الصحة في الولاية، وتحديداً إدارات كاليفورنيا لخدمات الرعاية الصحية، والصحة العامة، والخدمات الاجتماعية، والخدمات التنموية.

(f) وكالات المقاطعة، بما في ذلك خطط الصحة العقلية، والخدمات البشرية / الاجتماعية أو إدارات الرفاهية، وأنظمة التوصيل المنظمة للأدوية التابعة لـ Medi-Cal، وإدارات الصحة العامة.

(g) مقدمو الخدمات ومديرو الحالات في المؤسسات الإصلاحية، مثل تلك الموجودة في السجون، وإصلاحيات الشباب، فقط للأغراض الواردة في الجزء 1 من هذه الاستمارة. أنت لا توافق على استخدام معلوماتك في التحقيقات الجنائية أو الملاحقات القضائية أو إصدار الأحكام أو الإفراج المشروط أو المراقبة أو إنفاذ قوانين الهجرة أو إجراءات محكمة الأسرة.

يوافق مقدمو الرعاية الصحية ومقاوليهم على الامتثال لجميع القوانين المعمول بها التي تحمي معلوماتك.

4. انتهاء صلاحية أو إلغاء أو تغيير هذه الاستمارة

بعد التوقيع، ستصبح هذه الاستمارة سارية المفعول حتى حدوث ما يلي:

(a) مرور 24 شهرًا من تاريخ آخر تسجيل لك في Medi-Cal؛

(b) قمت بإلغاء هذه الاستمارة؛

(c) قمت بإجراء أي تغيير على هذه الاستمارة، وتصبح الاستمارة المعدلة سارية.

5. حقوقك

أنت تفهم أن:

(a) يمكنك إلغاء هذه الاستمارة في أي وقت من خلال بوابة خدمة إدارة الموافقة أو عن طريق إرسال طلب إلغاء موقع منك أو من ممثلك إلى HIE / CIE. ;

(b) يصبح الإلغاء ساريًا عند استلامه ولكنه قد لا ينطبق على المعلومات التي تمت مشاركتها بالفعل بناءً على الاستمارة التي تم تنفيذها سابقًا، والتي قد لا يتم استرجاعها أو حذفها؛

(c) يجوز لك رفض التوقيع على هذه الاستمارة ولن يؤثر ذلك على علاجك أو رعايتك أو أهليتك أو قدرتك على تلقي الخدمات أو الدفع مقابل الخدمات؛

(d) لديك الحق في الحصول على نسخة من هذه الاستمارة؛

(e) يمكن إعادة الكشف عن المعلومات التي تصرح بها للإفصاح عن طريق مزودي الرعاية الخاصين بك، ولكن فقط بما يتوافق مع هذه الاستمارة والقانون المعمول به؛

(f) يمكنك الحصول على قائمة بمزودي الرعاية الذين تم الكشف عن معلوماتك لهم عن طريق الاتصال بـ HIE / CIE.

تفويض لمشاركة معلومات Medi-Cal السرية (ASCMI)

تمتد من هذه الحقوق إلى ممثلك إذا قمت بتفويضه بموجب القانون المعمول به.

6. مشاركة المعلومات دون موافقتك

أنت تدرك أنه حتى إذا لم توقع على هذه الاستمارة، فبموجب قوانين الخصوصية الفيدرالية وقوانين الولاية، يجوز لبعض مزودي الرعاية الخاصين بك مشاركة معلوماتك السرية من أجل العلاج والدفع والأغراض الأخرى، ولكن لا يجوز لمقدمي الخدمة الخاضعين لقوانين سرية استخدام المواد الفيدرالية مشاركة بشكل عام معلومات عن تعاطيك للمخدرات دون موافقتك.

7. تفويض

من خلال التوقيع على هذه الاستمارة، أفوض بعض المؤسسات والأفراد لاستخدام ومشاركة معلوماتي الصحية وغيرها من المعلومات السرية للأغراض الموضحة في الجزء 1 من هذه الاستمارة. أيضًا، إذا قمتُ بتضمين رقم هاتفي أعلاه طواعية، فأنا أوافق على استلام رسائل نصية أو مكالمات للتواصل معي بشأن خياراتي وكيفية مشاركة معلوماتي (قد يتم تطبيق أسعار الرسائل والبيانات).

❒ من خلال تحديد هذا المربع، أفوض أيضًا بالكشف عن معلومات حول تعاطي المخدرات والتي تأتي من مقدمي الخدمة الخاضعين للوائح الفيدرالية المتعلقة بسرية استخدام المواد (42 C.F.R. الجزء 2).

إذا كنت تقوم بالتوقيع بنفسك، فقم بملء السطر الأول. إذا كنت تقوم بالتوقيع نيابة عن شخص آخر، فاملأ السطر الثاني. إذا كنت تقوم بالتوقيع نيابة عن قاصر يتراوح عمره بين 12 و 17 عامًا، فيجب أن يملأ القاصر السطر الأول ويجب عليك ملء السطر الثاني.

إسم المستفيد	توقيع المستفيد	التاريخ (شهر/ يوم/ سنة)
اسم الممثل	توقيع الممثل	التاريخ (شهر/ يوم/ سنة)