# مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه Medi-Cal (ASCMI)

**نسخه 1.0 [آزمایشی]**

**دسامبر 2022**

**اعلامیه سلب مسئولیت: فرم ASCMI صرفاً توسط شرکت‌کنندگان آزمایشی ASCMI استفاده می‌شود. DHCS هیچ تضمینی در خصوص مناسب بودن این فرم برای استفاده‌های خارج از برنامه آزمایشی ASCMI ارائه نمی‌دهد. فرم ASCMI، از جمله پیوست‌های آن، ممکن است دستخوش تغییر شوند.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| نام | نام خانوادگی | تاریخ تولد | |
| آدرس پستی | شهر | ایالت | کد پستی |
| آدرس محل سکونت | شهر | ایالت | کد پستی |
| شماره تلفن(ها) | ایمیل | کارت شناسایی ذینفع (BIC) | |

با امضای این فرم، به سازمان‌ها و افراد خاصی اجازه می‌دهید تا از اطلاعات محرمانه مربوط به سلامت و سایر اطلاعات شما برای اهدافی که در بخش 1 توضیح داده شده است استفاده کنند و این اطلاعات را به اشتراک بگذارند.

## 1. اهداف

**امضا کردن این برگه به‌منزله آن است که شما اجازه می‌دهید اطلاعات محرمانه مربوط به سلامت و سایر اطلاعات شما فقط برای اهداف ذیل به اشتراک گذاشته شود:**

(a) ارائه خدمات درمانی، مزایا، برنامه‌ها، خدمات اجتماعی، مدیریت پرونده، منابع اجتماعی، و سایر حمایت‌ها («خدمات») به شما، یا ارجاع شما برای برخورداری از آنها، یا کمک به شما جهت دسترسی به این خدمات برای رفع نیازهای خود.

(b) شناسایی، حمایت، هماهنگی، بهبود، و هماهنگ کردن پرداخت برای خدماتی که ممکن است به شما ارائه شود.

(c) کمک به Medi-Cal برای ارائه مراقبت بهتر از طریق ارزیابی، گزارش‌دهی، و مدیریت سلامت جمعیت.

## 2. انواع اطلاعاتی که مجاز به اشتراک‌گذاری آنها هستید

**امضا کردن این برگه به‌منزله آن است که شما اجازه می‌دهید آن نوع از اطلاعات محرمانه مربوط سلامت و سایر اطلاعات شما که در زیر آمده است فقط برای اهداف ذکرشده در بالا به اشتراک گذاشته شود.**

(a) اطلاعات سلامت محافظت‌شده (PHI) از جمله اطلاعات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی، سابقه پزشکی، نتایج تست‌های آزمایشگاهی، و شرایط و درمان‌های فعلی یا آینده.

## مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه Medi-Cal (ASCMI)

(b) اطلاعات سلامت روان، از جمله تشخیص‌ها و درمان‌های فعلی و گذشته بیماری‌های روانی شما. این اطلاعات شامل یادداشت‌های روان‌درمانی نمی‌شود، که فقط در صورت رضایت جداگانه به اشتراک گذاشته می‌شود.

(c) اطلاعات اختلال مصرف مواد، از جمله تشخیص‌های فعلی و گذشته مصرف الکل یا مواد مخدر، داروها، درمان، تست‌های آزمایشگاهی، سابقه تروما، ترخیص از مرکز. اگر کادر انتخاب موجود در انتهای این فرم را علامت بزنید، این اطلاعات طبق مقررات فدرال رازداری در خصوص مصرف مواد (42 C.F.R. قسمت 2) شامل اطلاعات اختلال مصرف مواد در مورد شما نیز می‌شود که توسط ارائه‌دهنده اختلال مصرف مواد/الکل ارائه می‌گردد.

(d) برنامه‌های آموزشی فردی، و سایر اطلاعات در مورد خدمات اجتماعی ارائه‌شده در مدارس.

(e) اطلاعات مربوط به واجد شرایط بودن/ثبت نام در Medi-Cal، که شامل درآمد و سایر اطلاعات جمعیتی و جغرافیایی مربوط به واجد شرایط بودن شما برای خدمات و مزایا است.

(f) اطلاعات اسکان/بی‌خانمانی، از جمله وضعیت دارا بودن مسکن، سابقه، و حمایت‌ها.

(g) اطلاعات محدود در خصوص عدالت کیفری، از جمله اطلاعات مربوط به رزرو، تاریخ و محل حبس، و وضعیت نظارت. رضایت شما در خصوص سابقه کیفری، اتهامات، و وضعیت مهاجرت شما ارتباطی با این مورد ندارد.

### 3. منابع و دریافت‌کنندگان اطلاعات شما

**شما با امضا کردن این فرم، موافقت می‌کنید که تبادل اطلاعات سلامت یا تبادل اطلاعات اجتماعی («HIE/CIE») مبادله اطلاعات محرمانه مربوط به سلامت شما و سایر اطلاعات را با و بین شرکای مراقبتی‌تان که از آنها مزایا، درمان، یا خدمات دریافت کرده‌اید، دریافت می‌کنید، یا دریافت خواهید کرد («شرکای مراقبتی شما») تسهیل می‌کند. این اطلاعات ممکن است فقط برای اهداف ذکرشده در قسمت 1 به اشتراک گذاشته شود. «شرکای مراقبتی شما» ممکن است شامل موارد زیر باشند:**

(a) ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مانند بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، پزشکان، داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان سلامت رفتاری.

(b) برنامه‌های مراقبت مدیریت‌شده (MCP)، که مزایای Medi-Cal را مدیریت می‌کند و هزینه خدماتی را که به‌موجب Medi-Cal می‌گیرید می‌پردازد.

(c) برخی سازمان‌های جامعه‌محور (CBOs) که باید با قوانین حفظ حریم خصوصی مراقبت‌های بهداشتی فدرال، از جمله برخی از ارائه‌دهندگان وعده‌های غذایی متناسب با نیازهای پزشکی، ارائه‌دهندگان مسکن و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی آسم مطابقت داشته باشد.

## مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه Medi-Cal (ASCMI)

(d) ارائه‌دهندگان مدرسه‌محور خدمات بهداشتی یا اجتماعی، مانند پرستاران، مددکاران اجتماعی و مشاوران.

(e) سازمان‌های بهداشتی دولتی به‌طور خاص، بخش خدمات مراقبت‌های بهداشتی، بهداشت عمومی، خدمات اجتماعی، و خدمات توسعه‌ای کالیفرنیا.

(f) سازمان‌های شهرستانی از جمله طرح‌های سلامت روان، بخش‌های خدمات انسانی/اجتماعی یا رفاه، سیستم‌های سازمان‌دهی‌شده تحویل دارو Medi-Cal، و بخش‌های بهداشت و سلامت عمومی.

(g) ارائه‌دهندگان و رابطان درمان در مراکز اصلاح و تربیت مانند آنهایی که در زندان‌ها، بازداشتگاه‌ها و مراکز اصلاح و تربیت نوجوانان هستند، فقط برای اهداف ذکرشده در قسمت 1 این فرم. شما با استفاده شدن اطلاعات خود برای تحقیقات و بازجویی‌های جنایی یا تعقیب قضایی، صدور حکم، نظارت بر آزادی یا عفو مشروط، اجرای مهاجرت، یا رسیدگی به دادگاه خانواده موافقت نمی‌کنید.

شرکای مراقبتی شما و پیمانکاران آنها موافقت می‌کنند که از تمام قوانین حاکم برای محافظت از اطلاعات شما پیروی کنند.

### 4. انقضا، ابطال، یا تغییر این فرم

**پس از امضا، این فرم تا زمانی که اولین مورد از موارد زیر رخ دهد معتبر خواهد بود:**

(a) 24 ماه از تاریخی که آخرین بار در Medi-Cal ثبت نام کرده‌اید بگذرد؛

(b) این فرم را فسخ کنید؛ یا

(c) هر گونه تغییری در این فرم ایجاد کنید، و فرم اصلاح‌شده اجرایی شود.

### 5. حقوق شما

**شما آگاهید که:**

(a) می‌توانید این فرم را در هر زمان از طریق درگاه خدمات مدیریت رضایت یا با ارسال یک درخواست ابطال امضاشده توسط خود یا نماینده‌تان به HIE/CIE از درجه اعتبار ساقط کنید. ؛

(b) ابطال این موافقت به‌محض دریافت فرم درخواست مربوطه قابل اجرایی است، اما ممکن است به اطلاعاتی که قبلاً براساس فرم اجراشده شما در گذشته به اشتراک گذاشته شده، که قابل فراخوانی یا حذف نیست، اعمال نشود؛

(c) شما می‌توانید از امضای این فرم امتناع کنید و انجام این کار بر درمان یا مراقبت شما، واجد شرایط بودن یا توانایی‌تان برای دریافت خدمات، یا پرداخت خدمات تأثیری نخواهد داشت؛

(d) شما حق دریافت نسخه‌ای از این فرم را دارید؛

(e) اطلاعاتی که شما اجازه انتشار آن را می‌دهید می‌تواند توسط «شرکای مراقبتی شما» مجدداً افشا شود، اما فقط با رعایت شرایط مندرج در این فرم و قانون حاکم؛ و

(f) می‌توانید از طریق تماس با HIE/CIE فهرستی از «شرکای مراقبتی خود» را که اطلاعاتتان برای آنها فاش شده است به دست آورید.

## مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه Medi-Cal (ASCMI)

هر یک از این حقوق برای نماینده‌ای که از طرف شما یا طبق قانون حاکم مجاز اعلام شده نیز اعمال می‌شود.

**6. اشتراک‌گذاری اطلاعات بدون رضایت شما**

شما می‌دانید که حتی اگر این فرم را امضا نکنید، طبق قوانین فدرال و ایالتی حفظ حریم خصوصی، برخی از «شرکای مراقبتی شما» ممکن است اطلاعات محرمانه‌تان را برای درمان، پرداخت و سایر اهداف به اشتراک بگذارند، اما ارائه‌دهندگان مشمول قوانین فدرال رازداری در خصوص مصرف مواد معمولاً نمی‌توانند اطلاعات اختلال مصرف مواد شما را بدون رضایت خودتان به اشتراک بگذارند.

**7. مجوز**

با امضای این فرم، به سازمان‌ها و افراد خاصی اجازه می‌دهم تا از اطلاعات محرمانه مربوط به سلامت و سایر اطلاعات من برای اهدافی که در قسمت 1 این فرم توضیح داده شده است استفاده کنند و این اطلاعات را به اشتراک بگذارند. همچنین، اگر داوطلبانه شماره تلفن خود را در بالا ذکر کنم، با دریافت پیامک یا تماس موافقت می‌کنم تا درباره انتخاب‌های رضایت من و نحوه اشتراک‌گذاری اطلاعاتم با من ارتباط برقرار کند (ممکن است هزینه استاندارد پیامک و اینترنت همراه طبق تعرفه اعمال شود).

- ❒ با علامت زدن این کادر، همچنین با افشای اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد در مورد من که توسط ارائه‌دهندگان مشمول مقررات فدرال رازداری در خصوص مصرف مواد ارائه می‌شود موافقت می‌کنم (42 C.F.R. قسمت 2).

**اگر از طرف خودتان این فرم را امضا می‌کنید، خط 1 را تکمیل کنید. اگر از طرف شخص دیگری این فرم را امضا می‌کنید، خط 2 را تکمیل کنید. اگر از طرف یک شخص نابالغ 12 تا 17 ساله این فرم را امضا می‌کنید، آن فرد باید خط 1 را پر کند و شما باید خط 2 را تکمیل کنید.**

| | | |
|---|---|---|
| نام ذینفع | امضای ذینفع | تاریخ (سال/روز/ماه) |
| نام نماینده | امضای نماینده | تاریخ (سال/روز/ماه) |