



هل تفضل ملء هذه الاستمارة عبر الإنترنت؟
قم بتوجيه كاميرا موبايلك على هذا الكود أو استخدم
هذا الرابط bit.ly/PANSC-HIPAA-English



برنامج خاص بالمؤسسة الطبية بناشفيل

نموذج موافقة المريض على الامتثال لقانون HIPAA المتعلق بالخصوصية

معلومات

يوفر نموذج الممارسات المتعلقة بالخصوصية الخاص بنا معلومات حول كيفية استخدامنا للمعلومات الصحية المحمية أو الكشف عنها. يحتوي النموذج على قسم حقوق المريض الذي يصف حقوقك بموجب القانون. أنت تؤكد من خلال توقيعك، أنه قد أتيت لك الفرصة لمراجعة هذا النموذج قبل التوقيع على هذه الموافقة. قد تتغير شروط النموذج، في حالة حدوث ذلك، فسيتم إعلامك حتى يتم تحديث توقيعك/ وتاريخ التوقيع.

لديك الحق في تقييد كيفية استخدام معلوماتك الصحية المحمية والكشف عنها لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. لسنا مطالبين بالموافقة على هذا القيد، ولكن إذا وافقنا، فسوف نحترم هذه الاتفاق. يسمح قانون HIPAA (قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمسائل لعام 1996) باستخدام المعلومات في عمليات العلاج أو الدفع أو الرعاية الصحية.

من خلال التوقيع على هذا النموذج، فإنك توافق على استخدامنا والكشف عن معلومات الرعاية الصحية المحمية الخاصة بك والاستخدام المحتمل بشكل مجهول في المنشورات. لديك الحق في إلغاء هذه الموافقة كتابيًا وموقعًا بواسطة. ومع ذلك، فإن مثل هذا الإلغاء لن يكون بأثر رجعي.

عند توقيعك على هذا النموذج، أدرك أن:

- قد يتم الكشف عن المعلومات الصحية المحمية أو استخدامها في عمليات العلاج أو الدفع أو الرعاية الصحية.
- تحتفظ المؤسسة بالحق في تغيير سياسة الخصوصية على النحو الذي يسمح به القانون.
- يحق للمريض تقييد استخدام المعلومات، ولكن ليس من الضروري أن توافق المؤسسة على تلك القيود.
- يحق للمريض إلغاء هذه الموافقة كتابيًا في أي وقت، وسيتم بعد ذلك إيقاف جميع الإفصاحات الكاملة.
- يجوز للمؤسسة أن تجعل تلقي العلاج مشروطًا بتنفيذ هذه الموافقة.

أجابات المريض المطلوبة

هل يمكننا الاتصال بك هاتفياً أو بالبريد الإلكتروني أو إرسال رسائل نصية لتأكيد المواعيد؟ (ضع دائرة حول إجابتك) نعم لا

هل يمكننا ترك رسالة صوتية على هاتفك على الرقم أدناه؟ (ضع دائرة حول إجابتك) نعم لا

رقم الهاتف المفضل: _____

البريد الإلكتروني المفضل: _____

هل يمكننا مناقشة حالتك الطبية مع فرد آخر من أفراد عائلتك؟ (ضع دائرة حول إجابتك) نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى كتابة أسماء أفراد العائلة وعلاقتهم بالمريض: _____

التوقيع مطلوب

اسم المريض بالكامل: _____ تاريخ الميلاد: _____

هذا النموذج تم توقيعه من قبل (اكتب الاسم): _____

التوقيع: _____ تاريخ اليوم: _____

حدد من قام بالتوقيع:

المريض نفسه أحد الوالدين الوصي ممثل آخر للسلطة

(اشرح): _____

* قد تكون هناك حاجة لإثبات التفويض القانوني.