



تفويض CALOPTIMA HEALTH بالكشف عن المعلومات الصحية المحمية (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI) لشخص أو كيان آخر

قم بملء جميع أقسام هذا النموذج للسماح لـ CalOptima Health بالكشف عن المعلومات الصحية المحمية (protected health information, PHI) الخاصة بك لشخص آخر أو وكالة أخرى. يسمح هذا النموذج فقط بالكشف عن PHI التي وافقت عليها في القسم B أدناه والتي تحتفظ بها CalOptima Health. لن تسمح لأي شخص باتخاذ قرارات الرعاية الصحية عنك.

القسم A: معلومات العضو/المريض

الاسم الأول _____
اسم العائلة _____
تاريخ الميلاد _____
عنوان المراسلة _____
الرمز البريدي _____
الولاية _____
المدينة _____
رقم الهاتف _____
CIN _____

القسم B: المعلومات التي يمكن الكشف عنها

التعليمات: ضع علامة X داخل المربع المجاور للخيارات (الخيارات) التي اخترتها.

أسمح لـ CalOptima Health بالكشف عن المعلومات الصحية المحمية (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI) التالية، بتاريخ _____

- : _____ إلى _____ (السنة/اليوم/الشهر)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> التثقيف الصحي/سجلات إدارة الأمراض | <input type="checkbox"/> سجلات إدارة الحالة |
| <input type="checkbox"/> سجلات الإحالات/التصاريح | <input type="checkbox"/> المطالبات/سجلات الفواتير |
| <input type="checkbox"/> سجلات الصيدلة | <input type="checkbox"/> سجلات خدمة العملاء |
| <input type="checkbox"/> سجلات إدارة الاستخدام | <input type="checkbox"/> سجلات التظلمات والاستئنافات |

*لن يتم مشاركة المعلومات الحساسة التالية إلا إذا قمت بتحديد مربع (مربعات) الاختيار المناسب ووضعت الحروف الأولى أدناه.

الحروف الأولى

- ملاحظات العلاج النفسي فقط. هذه ملاحظات توثق او تحلل محتويات جلسة العلاج. **
 - معلومات الصحة النفسية/السلوكية.
 - معلومات عن اضطراب تعاطي المخدرات.
 - معلومات عن الاصابات المنقولة جنسياً (بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز).
 - معلومات عن الصحة الجنسية/الإنجابية (بما في ذلك تنظيم الأسرة ورعاية تأكيد النوع الاجتماعي)
 - معلومات عن الاعتداء الجنسي أو الجسدي (بما في ذلك عنف الشريك الحميم).
 - للقاصرين بعمر +12: الخدمات المتعلقة بالاصابات المعدية، أو المسيبة للعدوى أو الناقلة للعدوى، أو الأمراض الممنوعة حنسيا.

* لن يتم الكشف عن المعلومات المذكورة أعلاه إلا إذا وافقت عليها بالحروف الأولى من اسمك.

** يجب عليك تقديم تفويض منفصل للكشف عن ملاحظات العلاج النفسي إذا اخترت الكشف عن معلومات أخرى بالإضافة إلى ملاحظات العلاج النفسي.

القسم C: الغرض من التفويض

أسمح بالكشف عن هذه المعلومات من أجل:

- الأغراض القانونية
 - الاستخدام الشخصي
 - غيره (يرجى التحديد)
 - أغراض التأمين

القسم D: الشخص أو الوكالة المسموح لها بالحصول على الـ PHI الخاصة بك

أسمح لـ CalOptima Health بالكشف عن PHI الخاصة بي للشخص أو/الكيان المذكورة أدناه. أعلم أن هذا التفويض يبدأ بعد توقيع وإرجاع هذا النموذج. يجب أن يكون الشخص الذي يحصل على المعلومات بعمر 18 عاماً أو أكبر.

اسم (أسماء) الشخص/الوكلة:

العلاقة بالعضو/المريض: _____ الهاتف: _____

القسم E: حقوقك

- يجوز لي إيقاف هذا التفويض في أي وقت عن طريق إرسال إشعار مكتوب إلى:

CalOptima Health

Attn: Enrollment & Reconciliation
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- لن يؤدي إشعار إيقاف هذا التفويض إلى تغيير كيفية استخدام CalOptima Health لا PHI الخاصة بي أو إصدارها قبل الحصول على خطابي.
- يمكن للشخص أو الوكالة التي تحصل على PHI الخاصة بي من CalOptima Health أن تظهرها للآخرين. في هذه الحالة، قد لا تكون PHI الخاصة بي محمية بموجب قواعد خصوصية HIPAA.
- لاحتاج إلى ملء هذا النموذج. إن عدم ملء هذا النموذج لن يؤدي إلى تغيير مزايا الرعاية الصحية الخاصة بي أو الدفع مقابل خدمات الرعاية الصحية الخاصة بي.
- لدي الحق في الاطلاع على PHI الخاصة بي أو الحصول على نسخة منها والتي يتم استخدامها أو إصدارها بموجب هذا التفويض.
- لدي الحق في الحصول على نسخة من هذا النموذج.

القسم F: تاريخ انتهاء الموافقة

ينتهي هذا التفويض للكشف عن المعلومات للأشخاص أو الوكالة المذكورة في:

_____(تاريخ أو حدث محدد ولكن في موعد لا يتجاوز سنة واحدة (1) من تاريخ التوقيع على هذا النموذج وإعادته).

** إذا لم يتم تقديم تاريخ انتهاء أو حدث، فلن يكون التفويض صالحًا. **

القسم G: التوقيع

أدرك أنه لمعالجة طلبي، يجب إرفاق نسخة من بطاقة تعريف (identification, ID) حكومية سارية المفعول، أو نسخة من وثائق السلطة القانونية، أو توقيع موثق مع نموذج طلبي.

بتوقيعي أدناه، أكون قد قرأت هذا النموذج وأعلم ما يعنيه.

التاريخ

توقيع العضو/الممثل الشخصي

توقيعولي الأمر/الوصي:

الصلة:

تحتفظ CalOptima Health بالحق في طلب الوثائق القانونية (على سبيل المثال، شهادة الميلاد، أمر المحكمة، وما إلى ذلك) منولي الأمر/الوصي الذي يقوم بالتوقيع نيابة عن عضو معال.



الممثلين الشخصيين فقط: ما هي الحقوق التي لديك لطلب المعلومات الصحية؟

اطبع الاسم:

الوصي

منفذ الوصية

مدير العقارات

التوكيل الطبي

غير ذلك

ملاحظة: يجب عليك إرفاق الوثائق القانونية للتحقق من أنك الوصي، أو المنفذ لوصية المتوفى أو لديك سلطة اتخاذ القرارات الطبية للفرد.

يرجى إرسال هذا النموذج إلى CalOptima Health:

Attn: Enrollment & Reconciliation
505 City Parkway West
Orange CA 92868

Fax: 1-714-481-6457

إيقاف

لاستخدامات CalOptima Health فقط:

اسم الموظف: _____
كيف تم التحقق من الهوية؟ شخصيا الهاتف

التوقيع: _____
تاريخ التحقق: _____