

من خلال التوقيع على نموذج الموافقة هذا، فإنك تسمح بالإفصاح عن سجلاتك الصحية المدرجة في هذا النموذج عبر شبكة حاسوبية آمنة تُدار من قبل PerformCare، بصفتها الجهة الإدارية المتعاقدة للنظام (CSA) لبرنامج نظام الرعاية للأطفال في نيوجيرسي (CSOC)، وذلك إلى مقدمي الرعاية الصحية الذين تحددهم والذين يُعدون جزءاً من شبكة CSOC. يهدف تبادل معلوماتك الصحية إلى تحسين جودة الرعاية المقدمة لك وتعزيز تنسيق خدمات العلاج الخاصة بك.

سيتمكن جميع مقدمي خدمات علاج تعاطي المخدرات والكحول، وخدمات الصحة النفسية، وخدمات الرعاية الصحية الجسدية، أو الجهات الأخرى المشاركة في برنامج CSOC، من مشاركة سجلاتهم (الإفصاح عنها واستلامها) مع مقدمي الرعاية الصحية الذين تحددهم. ويشمل ذلك جميع الجهات التي قدمت لك خدمات. ويتضمن ذلك برامج علاج تعاطي المخدرات والكحول، وبرامج الصحة النفسية، واختصاصيو الصحة النفسية، والعيادات، والمستشفيات، والمختبرات السريرية، والصيديات، والأطباء، وشركات التأمين الصحي، وبرنامج Medicare، وبرنامج Medicaid، وما إلى ذلك. تتوفر قائمة مقدمي الرعاية الصحية والجهات المشاركة على موقع PerformCare الإلكتروني من خلال الرابط: www.performcarenj.org.

هناك عدد من القرارات التي سيُطلب منك اتخاذها عند التوقيع على نموذج الموافقة هذا.

1. المعلومات الواردة التي تتلقاها PerformCare

سيُطلب منك تحديد مقدمي الرعاية الصحية والجهات التي تسمح لها بالإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) من خلال نظام المعلومات الإدارية (MIS) وشبكة الحاسوب التابعة لـ PerformCare.

أنا، _____، أفوض _____،
(اسم العضو القاصر مطبوعاً) (تاريخ الميلاد)

[ضع الأحرف الأولى بجانب الخيار المناسب.]

يجوز لجميع برامج علاج تعاطي المخدرات والكحول وبرامج الصحة النفسية التي خضعتُ للتقييم و/أو العلاج من خلالها، بالإضافة إلى مقدمي الرعاية الصحية والجهات الأخرى التابعة لشبكة CSOC، الإفصاح عن السجلات الصحية الخاصة بي و/أو إتاحتها من خلال نظام المعلومات الإدارية (MIS) وشبكة الحاسوب التابعة لـ PerformCare، بحيث تتمكن PerformCare من اعتماد الخدمات، ويتمكن مقدمو الرعاية الصحية ومؤسسات إدارة الرعاية التي أحدها في الصفحة التالية من الوصول إلى تلك السجلات واستخدامها لتقديم العلاج لي.	**أو**
يجوز فقط لبرامج علاج تعاطي المخدرات والكحول وبرامج الصحة النفسية التالية التي خضعتُ للتقييم و/أو العلاج من خلالها، الإفصاح عن السجلات الصحية الخاصة بي و/أو إتاحتها من خلال نظام المعلومات الإدارية (MIS) وشبكة الحاسوب التابعة لـ PerformCare، بحيث تتمكن PerformCare من اعتماد الخدمات، ويتمكن مقدمو الرعاية الصحية ومؤسسات إدارة الرعاية التي أحدها في الصفحة التالية من الوصول إلى تلك السجلات واستخدامها لتقديم العلاج لي.	
1. اسم مرفق أو جهة تلقي العلاج:	
2. اسم مرفق أو جهة تلقي العلاج:	
3. اسم مرفق أو جهة تلقي العلاج:	

للإفصاح عن سجلي الصحي الإلكتروني و/أو إتاحتها لـ PerformCare نيابةً عن نظام الرعاية للأطفال في نيوجيرسي (NJ Children's System of Care)، من خلال شبكة الحاسوب الآمنة.

من خلال وضع الأحرف الأولى أدناه، فإنني أقر بما يلي:

يجوز الإفصاح عن المعلومات التالية إلى PerformCare وتلقيها من قبلها:

- _____ اسمي والمعلومات الشخصية الأخرى التي تُعرّف بهويتي _____ خطة/خطط إنهاء خدمات علاج تعاطي الكحول/المخدرات وخدمات الصحة النفسية
- _____ حالتني كمريض يتلقى علاجًا من تعاطي الكحول و/أو المخدرات _____ التاريخ لإنهاء خدمات علاج تعاطي الكحول/المخدرات وخدمات الصحة النفسية، وحالة إنهاء الخدمة
- _____ التقييمات الأولية واللاحقة لاحتياجاتي من الخدمات _____ ملخصات نتائج وتاريخ تقييمات علاج تعاطي الكحول/المخدرات _____ برنامج التعليم الفردي (IEP)/السجلات المدرسية والصحة النفسية
- _____ ملخصات خطط علاج تعاطي الكحول/المخدرات وخدمات _____ التشخيص والعلاج المتعلقة بالصحة الجسدية والصحة النفسية والتقدم المُحرز فيها _____ التقييم البيولوجي النفسي الاجتماعي (BPS)
- _____ الحضور والمشاركة في خدمات علاج تعاطي الكحول/المخدرات _____ معلومات أخرى (يُرجى التحديد): _____ والصحة النفسية

2. الإفصاح عن المعلومات الصادرة من PerformCare

أُصرّح كذلك لـ PerformCare بالإفصاح عن هذه المعلومات (المحددة أعلاه) إلى مقدّمي الرعاية الصحية التابعين لـ CSOC المذكورين أدناه، حتى يتمكنوا من الوصول إلى هذه السجلات واستخدامها لغرض تقديم العلاج لي:

منظمة إدارة الرعاية (CMO)

(يُرجى تحديد المقاطعة واسم الجهة)

(الأحرف الأولى)

مقدّمو خدمات إزالة السموم الخاضعة للإشراف الطبي والإقامة العلاجية قصيرة الأجل (ضع علامة على جميع الخيارات المناسبة.)	مقدّمو خدمات العيادات الخارجية وخدمات العيادات الخارجية المكثفة (ضع علامة على جميع الخيارات المناسبة.)
☐ New Hope Integrated Behavioral Health Care	☐ Acenda, Inc.
	☐ Catholic Charities, Diocese of Metuchen
	☐ Center for Family Services
	☐ CPC Integrated Health
	☐ High Focus Centers
	☐ Iron Recovery and Wellness
	☐ Maryville, Inc.
	☐ Oaks Integrated Care/COPE Center

أفهم أن المعلومات المتاحة لمقدّمي الرعاية الصحية المحددين أعلاه تشمل جميع معلوماتي الصحية الموجودة في نظام المعلومات الإدارية (MIS) والشبكة الحاسوبية التابعة لـ PerformCare، بما في ذلك سجلات علاج تعاطي المخدرات أو الكحول، ومعلومات تشخيص الصحة النفسية وعلاجها، والمعلومات المتعلقة بتشخيصي وعلاجي لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، بالإضافة إلى أي معلومات تتعلق بحالات صحية أخرى قد أكون تلقّيت علاجًا بشأنها.

(الأحرف الأولى)

أفهم أنه يحق لي إلغاء هذه الموافقة في أي وقت، باستثناء ما تم اتخاذه بالفعل من إجراءات استنادًا إليها. كما يمكنني إجراء تغييرات على خيارات الموافقة الحالية الخاصة بي من خلال التوقيع على نموذج موافقة جديد في أي وقت.

تنتهي صلاحية هذه الموافقة تلقائيًا بتاريخ _____ (التاريخ)، أو بعد سنة واحدة من تاريخ توقيعي على هذه الموافقة. وسيظل نموذج الموافقة هذا ساريًا حتى التاريخ أو الحدث أو الشرط المحدد في نموذج الموافقة.

إعادة الإفصاح عن المعلومات

لا يجوز لمقدمي الخدمات/المنظمات المشمولة بهذه الموافقة إعادة الإفصاح عن أي معلومات صحية شخصية إلكترونية (أو ورقية) تخصك إلى أي جهة أخرى إلا بالقدر الذي تسمح به قوانين ولوائح الولاية والقوانين واللوائح الفيدرالية. وتحظر القواعد الفيدرالية أي إفصاح إضافي عن هذه المعلومات ما لم يكن هذا الإفصاح الإضافي مسموحًا به صراحةً بموجب موافقتك الخطية، أو مسموحًا به بخلاف ذلك بموجب الجزء 2 من المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية.

أفهم أنه لن يتم حرمانني من الخدمات إذا رفضت توقيع هذا النموذج.

يحق لي الحصول على نسخة من هذا النموذج عند توقيعه.

توقيع العضو القاصر:	التاريخ:
توقيع الشاهد (إذا كان العضو القاصر غير قادر جسديًا على التوقيع):	التاريخ:

ولي الأمر/الوصي (العضو القاصر الذي يقل عمره عن 13 عامًا): بالتوقيع أدناه، أفوض مشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بالعضو القاصر المحدد في الصفحة الأولى. (فيما يتعلق بالإفصاح عن المعلومات الخاصة بتشخيص أو علاج بعض حالات الصحة النفسية، أو علاج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز).

التوقيع:	التاريخ:
الاسم مطبوعًا:	صلة القرابة بالعضو القاصر:

قد تُفرض عقوبات في حال الوصول غير السليم/غير المناسب إلى معلوماتك الصحية الإلكترونية أو استخدامها. إذا كنت تعتقد أن شخصًا ما تلقى معلوماتك الصحية أو تمكن من الوصول إليها بشكل غير سليم، يُرجى الاتصال بـ PerformCare على الرقم 1-877-652-7624 وطلب التحديث إلى ممثل من قسم الجودة.