

نموذج الموافقة لمؤسسة تبادل المعلومات الصحية (HEALTH INFORMATION EXCHANGE)، وشبكة Care Everywhere و

## HEALTHIX, HEALTH INFORMATION EXCHANGE, CARE EVERYWHERE AND HEALTHIX CONSENT FORM

في نموذج الموافقة هذا، يمكنك اختيار ما إذا كان سيتم السماح لمقدمي الرعاية الصحية المدرجين في موقع <http://health-connect.med.nyu.edu> الإلكتروني الخاص بتبادل المعلومات الصحية ("Health Information Exchange, HIE") ضمن نظام NYU Langone الصحي (NYU Langone Health System) (سيُشار إليهم باسم "المشاركين في HIE") ومقدمي خدمات الرعاية الصحية غير التابعين لنظام NYU Langone الذين قد يطلبون الوصول إلى سجلاتك الطبية لأغراض العلاج الحالي (سيُشار إليهم باسم "مقدمي الرعاية التابعين لشبكة Care Everywhere") بالوصول إلى سجلاتك الطبية من خلال شبكة حاسب آلي تديرها HIE. من أجل أن يتسنى لمقدمي الرعاية في شبكة Care Everywhere معرفة أن المعلومات قد تكون متاحة من خلال HIE، يجب أن تخبرهم بأنك مريض/كنت مريضاً تابع/تابعاً لأحد المشاركين في HIE وأن هذه المعلومات يمكن أن تتاح عند الطلب. يمكن أن يساعد هذا في جمع السجلات الطبية الخاصة بك من الأماكن المختلفة التي تحصل فيها على الرعاية الصحية، وجعلها متاحة لمقدمي الرعاية الصحية لك.

In this Consent Form, you can choose whether to allow the health care providers listed on the NYU Langone Health System Health Information Exchange ("HIE") website <http://health-connect.med.nyu.edu/> ("HIE Participants") and non-NYU Langone health providers who may request access to your medical records for purposes of current treatment ("Care Everywhere Providers") to obtain access to your medical records through a computer network operated by the HIE. In order for a Care Everywhere Provider to know that information may be available through the HIE, you must tell them that you were/are a patient of an HIE Participant and that such information may be available upon request. This can help collect the medical records you have in different places where you get health care, and make them available to the providers treating you.

يمكنك أيضاً استخدام نموذج الموافقة هذا لتحديد ما إذا كان سيتم السماح للموظفين أو الوكلاء أو أعضاء الطاقم الطبي لنظام NYU Langone الصحي والكيانات التابعة له بالاطلاع والحصول على السجلات الصحية الإلكترونية الخاصة بك من خلال برنامج Healthix، وهي مؤسسة تبادل معلومات صحية، أو مؤسسة معلومات صحية إقليمية، وهي عبارة عن منظمة غير هادفة للربح حاصلة على اعتماد ولاية نيويورك. يمكن أن يساعد هذا في جمع السجلات الطبية الخاصة بك من الأماكن المختلفة التي تحصل فيها على الرعاية الصحية، وجعلها متاحة لمقدمي الرعاية الصحية لك. هذه الموافقة تعطي أيضاً إذنك لأي برنامج تابع لنظام NYU Langone الصحي والكيانات التابعة له، والتي كنت مريضاً لديها أو عضواً بها، للوصول إلى السجلات الخاصة بك من مقدمي الرعاية الصحية الآخرين المصرح لهم بالإفصاح عن المعلومات من خلال Healthix. تتوفر قائمة كاملة بمصادر معلومات Healthix الحالية عبر Healthix ويمكن الحصول عليها في أي وقت عن طريق الرجوع إلى موقع Healthix الإلكتروني على العنوان الإلكتروني <http://www.healthix.org> أو من خلال الاتصال على الرقم 877-695-4749. عند الطلب، سيُقدم الخدمه الخاص بك بطباعة هذه القائمة لك من خلال هذا الموقع الإلكتروني.

You may also use this Consent Form to decide whether or not to allow employees, agents or members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to see and obtain access to your electronic health records through Healthix, which is a Health Information Exchange, or Regional Health Information Organization, a not-for-profit organization recognized by the state of New York. This can also help collect the medical records you have in different places where you get healthcare, and make them available electronically to the providers treating you. This consent also gives your permission for any NYU Langone Health System and affiliated entities program in which you are a patient or member, to access your records from your other healthcare providers authorized to disclose information through Healthix. A complete list of current Healthix Information Sources is available from Healthix and can be obtained at any time by checking the Healthix website at <http://www.healthix.org> or by calling 877-695-4749. Upon request, your provider will print this list for you from this website.

لن يكون لاختيارك أي تأثير على قدرتك على الحصول على الرعاية الطبية أو تغطية التأمين الصحي. فاختيارك لإعطاء الموافقة أو رفض إعطائها لن يكون أساساً لحرمانك من الخدمات الصحية.

**YOUR CHOICE WILL NOT AFFECT YOUR ABILITY TO GET MEDICAL CARE OR HEALTH INSURANCE COVERAGE. YOUR CHOICE TO GIVE OR TO DENY CONSENT MAY NOT BE THE BASIS FOR DENIAL OF HEALTH SERVICES.**

تقوم كل من HIE و Healthix بمشاركة المعلومات الخاصة بصحة المرضى إلكترونياً وعلى نحو آمن لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية. ويسمى هذا النوع من المشاركة تقنية معلومات الصحة الإلكترونية أو تقنية معلومات الصحة. لمعرفة المزيد عن الصحة الإلكترونية في ولاية نيويورك، اقرأ النشرة المعنونة بـ "تحسين المعلومات يعني تحسين الرعاية الصحية (Better Information Means Better Care)". يمكنك أن تسأل مقدم الرعاية الصحية الخاص بك عن ذلك، أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني [www.ehealth4ny.org](http://www.ehealth4ny.org).

The HIE and Healthix share information about people's health electronically and securely to improve the quality of health care services. This kind of sharing is called ehealth or health information technology. To learn more about ehealth in New York State, read the brochure, "Better Information Means Better Care". You can ask your health care provider for it, or go to the website [www.ehealth4ny.org](http://www.ehealth4ny.org).

يرجى قراءة المعلومات الواردة في ورقة الحقائق بعناية قبل اتخاذ القرار. خيارات الموافقة الخاصة بك. يمكنك ملء هذا النموذج الآن أو في المستقبل.

**PLEASE CAREFULLY READ THE INFORMATION ON THE FACT SHEET BEFORE MAKING YOUR DECISION.**

لديك الخيارات التالية:

**Your Consent Choices.** You can fill out this form now or in the future. You have the following choices:

يرجى تحديد مربع واحد  أذناه:

Please check one box  below:

1. أمانح الموافقة لكل المشاركين في HIE المدرجين في الموقع الإلكتروني لـ HIE ومقدمي الرعاية في برنامج Care Everywhere للوصول إلى معلوماتي الصحية الإلكترونية وأمانح الموافقة لجميع موظفي نظام NYU Langone الصحي والكيانات التابعة له ووكلائه وأعضاء طاقمه الطبي على الوصول إلى جميع المعلومات الصحية الإلكترونية الخاصة بي من خلال HEALTHIX فيما يتعلق بأي من الأغراض المسموح بها الموضحة في ورقة الحقائق، بما في ذلك تقديم أي خدمات رعاية صحية لي، بما في ذلك الرعاية في حالات الطوارئ.

1. I GIVE CONSENT to ALL of the HIE Participants listed on the HIE website and Care Everywhere Providers to access ALL of my electronic health information through the HIE and I GIVE CONSENT to ALL employees, agents and members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to access ALL of my electronic health information through HEALTHIX in connection with any of the permitted purposes described in the fact sheet, including providing me any health care services, including emergency care.

2. أرفض إعطاء موافقتي للمشاركين في HIE المدرجين في الموقع الإلكتروني لـ HIE ومقدمي الرعاية في برنامج Care Everywhere للوصول إلى معلوماتي الصحية الإلكترونية عبر HIE وأرفض إعطاء موافقتي إلى موظفي نظام NYU Langone الصحي والكيانات التابعة له ووكلائه وأعضاء طاقمه الطبي للوصول إلى معلوماتي الصحية الإلكترونية عبر HEALTHIX لأي غرض، حتى في حالات الطوارئ الطبية.

2. I DENY CONSENT to the HIE Participants listed on the HIE website and Care Everywhere Providers to access my electronic health information through the HIE and I DENY CONSENT to employees, agents and members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to access my electronic health information through HEALTHIX for any purpose, even in a medical emergency.

ملاحظة: ما لم تحدد مربع "أرفض إعطاء موافقتي"، فإن قانون ولاية نيويورك يسمح للأشخاص الذين يعالجونك في حالات الطوارئ بالوصول إلى سجلاتك الطبية، بما في ذلك السجلات المتوفرة من HIE وHEALTHIX. إذا لم تقم بتحديد خيار، فلن يتم تبادل السجلات إلا في حالة الطوارئ كما يسمح بذلك قانون ولاية نيويورك.

NOTE: UNLESS YOU CHECK THE "I DENY CONSENT" BOX, New York State law allows the people treating you in an emergency to get access to your medical records, including records that are available through the HIE and HEALTHIX. IF YOU DON'T MAKE A CHOICE, the records will not be shared except in an emergency as allowed by New York State Law.

التاريخ  
Date

تاريخ الميلاد للمريض  
Patient's Date of Birth

اسم المريض بأحرف واضحة  
Print Name of Patient

اسم الممثل القانوني بأحرف واضحة والعلاقة (إن وجدت)  
Print Name of Legal Representative and Relationship  
(if applicable)

توقيع المريض أو الممثل القانوني للمريض  
Signature of Patient or Patient's Legal  
Representative

## ورقة الحقائق الخاصة ببرامج HIE NYU Langone وشبكة Healthix و Care Everywhere

تفاصيل حول معلومات المريض المتبادلة من خلال HIE وشبكة Healthix و Care Everywhere وعملية الموافقة:

1. كيف سيتم استخدام معلوماتك. سيتم استخدام المعلومات الصحية الإلكترونية الخاصة بك من قبل المشاركين في HIE ومقدمي الرعاية بشبكة Care Everywhere فقط من أجل:

- توفير العلاج الطبي والخدمات ذات الصلة.
- التحقق مما إذا كان لديك تأمين صحي وما يغطيه هذا التأمين.
- تقييم وتحسين نوعية الرعاية الطبية المقدمة لجميع المرضى.

ما لم يسمح قانون الولاية والقانون الاتحادي بخلاف ذلك، وفي حال كانت Healthix تسمح بذلك، يجب الكشف عن معلوماتك الصحية الإلكترونية والوصول إليها واستخدامها من قبل خطط التأمين الصحي التابعة لـ NYU Langone من أجل:

- توفير أنشطة إدارة الرعاية. يشمل ذلك المساعدة في الحصول على الرعاية الطبية المناسبة، أو تحسين نوعية خدمات الرعاية الصحية المقدمة لك، أو تنسيق تقديم خدمات الرعاية الصحية المتعددة المقدمة لك، أو دعمك في اتباع خطة الرعاية الطبية.
- تقديم أنشطة تحسين الجودة. يشمل ذلك تقييم وتحسين نوعية الرعاية الطبية المقدمة لك وجميع مرضى وأعضاء النظام الصحي في NYU Langone Health.

ملاحظة: لا يسمح الاختيار الذي تحدده في نموذج الموافقة هذا لشركات التأمين الصحي بالوصول إلى المعلومات الخاصة بك لغرض اتخاذ قرار بشأن منحك التأمين الصحي أو دفع فواتيرك. يمكنك تحديد هذا الخيار في نموذج موافقة منفصل، ويجب على شركات التأمين الصحي استخدامه.

2. ما أنواع المعلومات الخاصة بك التي يتم إرجاعها؟ إذا أعطيت الموافقة، فيمكن للمشاركين في HIE ومقدمي الرعاية في شبكة Care Everywhere الوصول إلى جميع المعلومات الصحية الإلكترونية المتاحة من خلال HIE ويمكن لجميع الموظفين والوكلاء وأعضاء الطاقم الطبي لنظام NYU Langone الصحي والكيانات التابعة له الوصول إلى جميع المعلومات الصحية الإلكترونية الخاصة بك والمتاحة من خلال Healthix. يشمل ذلك المعلومات التي تم إنشاؤها قبل تاريخ نموذج الموافقة هذا وبعده. قد تتضمن سجلاتك الصحية سجلاً بالأمراض أو الإصابات التي تعرضت لها (مثل مرض السكري أو كسر العظام) ونتائج الاختبارات (مثل الأشعة السينية أو اختبارات الدم) وقوائم الأدوية التي تناولتها. قد تتعلق هذه المعلومات بالظروف الصحية الحساسة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

<ul style="list-style-type: none"><li>• مشاكل تعاطي الكحول أو المخدرات، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، التشخيص والأدوية والمعلومات التشخيصية والتاريخ الطبي والملخصات والملاحظات السريرية وملخص الخروج من المستشفى.</li><li>• تحديد النسل والإجهاض (تنظيم الأسرة)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• العلاج الصحي العقلي</li><li>• الحساسيات</li><li>• الاختبارات أو الأمراض الوراثية (الموروثة)</li><li>• الأمراض المنقولة جنسياً</li><li>• فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز</li></ul>
--	---

3. من أين تأتي المعلومات الصحية الخاصة بك؟ يتم استخلاص معلوماتك من الأماكن التي قدمت لك الرعاية الطبية أو التأمين الصحي ("مصادر المعلومات"). قد يشمل هذا المستشفيات، والأطباء، والصيدليات، والمختبرات السريرية، وشركات التأمين الصحي، وبرنامج Medicaid، ومنظمات الصحة الإلكترونية الأخرى التي تتبادل المعلومات الصحية إلكترونياً. تتوفر قائمة كاملة بمصادر معلومات HIE الحالية من نظام NYU Langone الصحي أو مقدم الرعاية الصحية المشارك في HIE، حسب ما تقتضيه الحاجة إلى ذلك. يمكنك الحصول على قائمة محدثة من مصادر المعلومات في أي وقت عن طريق الرجوع إلى موقع HIE الإلكتروني <http://health-connect.med.nyu.edu/>. يمكنك الاتصال بمسؤول الخصوصية الصحية في NYU Langone من خلال الكتابة إلى العنوان التالي: **NYU Langone Health, Privacy Officer, One Park Ave, 3<sup>rd</sup> Floor, New York, NY 10016** أو عن طريق الاتصال على الرقم 212-404-4079. تتوفر قائمة كاملة بمصادر معلومات Healthix عبر Healthix ويمكن الحصول عليها في أي وقت عن طريق مراجعة موقع Healthix على <http://www.healthix.org> أو من خلال الاتصال بـ Healthix على الرقم 877-695-4749.

4. من الذي يمكنه الوصول إلى المعلومات المتعلقة بك إذا أعطيت الموافقة؟ "نظام NYU Langone الصحي والشركات التابعة له" كما هو مستخدم في نموذج الموافقة يشمل مستشفيات NYU Langone، وكلية طب NYU، ومراكز صحة الأسرة في NYU Langone، ومستشفى NYU Winthrop والكيانات الطبية التابعة لمستشفى NYU Winthrop. يمكن فقط لما يلي من الأشخاص التابعين لهذه الجهات الوصول إلى معلوماتك، وهم: الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يخدمون ضمن الطاقم الطبي للمشاركين المعتمدين في HIE والمشاركين في Healthix أو مقدمي الرعاية في شبكة Care Everywhere الذين يشاركون في الرعاية الطبية الخاصة بك؛ ومقدمي الرعاية الصحية المشمولين أو المتاحين حسب الطلب لدى المشاركين المعتمدين في HIE أو الأطباء العاملين لدى مقدمي الرعاية لشبكة Care Everywhere؛ والموظفين المعيّنين المشاركين في أنشطة تحسين الجودة أو إدارة الرعاية؛ والموظفين التابعين للمشاركين المعتمدين في HIE أو مقدمي الرعاية المعتمدين في شبكة Care Everywhere الذين يقومون بالأنشطة المسموح بها بموجب نموذج الموافقة هذا كما هو موضح أعلاه في الفقرة الأولى.

5. عقوبات تتعلق بالوصول غير السليم إلى معلوماتك أو استخدامها. هناك عقوبات على الوصول غير السليم لمعلوماتك الصحية الإلكترونية أو استخدامها. إذا كنت تعتقد في أي وقت أن شخصاً ما غير مخول برؤية معلوماتك أو الوصول إليها قد فعل ذلك، فاتصل بأحد المشاركين في منظمة HIE أو مقدمي الرعاية المعتمدين في Care Everywhere ممن اعتمدتهم للوصول إلى السجلات الخاصة بك؛ أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني الخاص بـ HIE: <http://health-connect.med.nyu.edu/> أو اتصل بـ NYS Department of Health (إدارة الصحة بولاية نيويورك) على الرقم 877-690-2211. إذا كنت تعتقد في أي وقت أن شخصاً ما غير مخول برؤية أو الوصول إلى معلوماتك قد فعل ذلك من خلال Healthix، فاتصل بـ

Healthix على الرقم 877-695-4749؛ أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني الخاص بـ Healthix على الرابط <http://www.healthix.org>؛ أو اتصل بـ NYS Department of Health (إدارة الصحة بولاية نيويورك) على الرقم 877-690-2211.

6. **إعادة الكشف عن المعلومات.** قد يتكرر الكشف عن أي معلومات صحية إلكترونية متعلقة بك من قبل المشاركين في HIE أو مقدمي الرعاية في شبكة Care Everywhere للأخريين إلى الحد المسموح به بموجب القوانين واللوائح الاتحادية والتابعة للولاية. وينطبق هذا أيضًا على المعلومات الصحية المتعلقة بك الموجودة في شكل ورقي. كما هو منصوص عليه في الفقرة رقم 2 أعلاه، إذا أعطيت موافقتك، فإن جميع المعلومات الصحية الإلكترونية الخاصة بك، بما في ذلك المعلومات الصحية الحساسة ستكون متاحة من خلال HIE وHealthix. توفر بعض قوانين الولاية والقوانين الاتحادية حماية خاصة لبعض أنواع المعلومات الصحية الحساسة، بما في ذلك ما يتعلق بما يلي: (1) تقييم حالتك الصحية أو علاجك منها أو فحصك بخصوصها بواسطة بعض مقدمي الخدمات؛ و(2) فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز؛ و(3) الأمراض العقلية؛ و(4) التخلف العقلي والإعاقات النمائية؛ و(5) إدمان المخدرات؛ و(6) اختبار القابلية الجينية. يجب الالتزام بمتطلبات خاصة متى تلقى الأفراد هذه الأنواع من المعلومات الصحية الحساسة. يجب على HIE وHealthix والأشخاص، بما في ذلك مقدمي الرعاية في شبكة Care Everywhere الذين يصلون إلى هذه المعلومات من خلال عمليات التبادل التي تخضع لها هذه المعلومات الصحية، الامتثال لهذه المتطلبات.

7. **فترة السريان.** سيبقى نموذج الموافقة هذا ساريًا حتى يوم سحبك لموافقتك أو إلى حين توقف HIE عن العمل أو حتى مرور 50 عامًا على وفاتك، أيهما أقرب.

8. **سحب موافقتك.** يمكنك سحب موافقتك في أي وقت عن طريق توقيع نموذج موافقة جديد وتحديد **أرفض إعطاء موافقتي.** يمكنك الحصول على هذه النماذج على موقع HIE على الرابط <http://health-connect.med.nyu.edu/>. بمجرد ملء هذه النماذج، يُرجى إرسالها بالفاكس على الرقم 917-829-2096 أو إرسالها إلى مقدم الرعاية الخاص بك.

**ملاحظة:** يحق للمؤسسات، بما في ذلك مقدمي الرعاية الصحية التابعين لشبكة Care Everywhere ممن يحق لهم الوصول إلى المعلومات الصحية الخاصة بك من خلال HIE أو Healthix أو كليهما، أن ينسخوا معلوماتك إلى السجلات الطبية الخاصة بهم أو يدرجوها فيها أثناء فترة سريان موافقتك. وحتى إذا قررت لاحقًا سحب موافقتك، فلا يتعين على هذه المؤسسات إعادة أو إزالة المعلومات المذكورة من سجلاتها.

9. **رفض تحديد مربع (تحديد خيار).** ما لم تحدد مربع "أرفض منح موافقتي"، فإن قانون ولاية نيويورك يسمح للأشخاص الذين يعالجونك في حالات الطوارئ بالوصول إلى السجلات الطبية الخاصة بك، بما في ذلك السجلات التي تتوفر من خلال HIE. إذا لم تقم بتحديد خيار، فلن يتم تبادل السجلات إلا في حالة الطوارئ كما يسمح بذلك قانون ولاية نيويورك.

10. **نسخة من النموذج.** يحق لك الحصول على نسخة من نموذج الموافقة هذا بعد التوقيع عليه.

11. **مخاطر رفض الموافقة.** إذا رفضت إعطاء المشاركين في HIE ومقدمي الرعاية التابعين لشبكة Care Everywhere موافقتك على وصولهم إلى معلوماتك عبر كلٍ من HIE وHIE، فقد لا يتمكن مقدمو الرعاية الصحية من الوصول إلى معلوماتك الصحية بالغة الأهمية، والتي تم الحصول عليها خلال لقاء سابق، في الوقت المناسب.