

تعليمات تصريح استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) والكشف عنها

1. أكمل جميع الأقسام الموجودة في النموذج. لن يتم قبول النماذج غير الكاملة.
 2. اذكر مقدم الخدمة/الجهة (الجهات) التي تطلب السجلات منها وقدمها كما هو موضح في الجدول أدناه.
 3. إذا كان سيتم تضمين معلومات متعلقة بالعلاج من إدمان الكحول/المخدرات أو علاج الصحة العقلية أو الاختبارات الوراثية أو معلومات سرية متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، فوقع بالأحرف الأولى تحت الرقم واحد بجانب كل نوع مناسب.
 - يُقصد بالمعلومات المتعلقة بالعلاج من إدمان الكحول/المخدرات من إدمان الكحول/المخدرات.
 - ويقصد بالمعلومات المتعلقة بعلاج الصحة العقلية السجلات الإكلينيكية أو المعلومات الإكلينيكية التي تميل لتعريف الشخص كمريض صحة عقلية، والتي تخضع للحماية وفقاً لقانون ولاية نيويورك.
 - يُقصد بالمعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية أي معلومات تظهر أنك خضعت لاختبار أو إصابتك بعدوى أو مرض ذي صلة بفيروس نقص المناعة البشرية (بما في ذلك الإيدز) أو تعرضك لفيروس نقص المناعة البشرية. ويشمل ذلك النتائج السلبية للاختبارات.
 - ويُقصد بالمعلومات الوراثية أي اختبار معلمي يتم لتشخيص وجود اختلاف جيني مرتبط بالميل للإصابة بمرض وراثي أو إعاقة وراثية، بما في ذلك تحليل ملف الحمض النووي DNA.
- سيُقدم لك تقديرًا بالرسوم، إن وجدت، قبل إكمال الطلب.

| رقم الهاتف | العنوان | الموقع |
|---|--|--|
| 212-263-5490 | NYU Langone Health HIM Department شخصياً: 550 First Avenue, Lobby, NY, NY 10016 البريد: One Park Avenue, 3 rd Floor, NY, NY 10016 | Tisch, Kimmel, Hassenfeld Children's Hospital, Rusk Rehabilitation, Ambulatory Care Center |
| 212-598-6790 | NYU Langone Orthopedic Hospital HIM Department شخصياً: 380 2 nd Avenue, Suite 640 NY, NY 10003 البريد: 301 E 17 th St, NY, NY 10003 | NYU Langone Orthopedic Hospital |
| 4 الخيار 516-663-2515 | NYU Langone Hospital - Long Island HIM Department شخصياً: Admitting Office-Main Lobby 259 First Street, Mineola, NY 11501 البريد: 200 Old Country Road, Suite SW 201 Mineola, NY 11501 | NYU Langone Hospital - Long Island |
| 212-731-6180 | Perlmutter Cancer Center HIM Department 160 E 34 th Street NY, NY 10016 | Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center |
| 516-633-8250 | Perlmutter Cancer Center HIM Department 120 Mineola Blvd, 6 th Floor Mineola, NY 11501 | NYU Langone Hospital - Long Island Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center - |
| 718-630-7125 | NYU Langone Hospital-Brooklyn HIM Department 150 55 th Street Brooklyn, NY 11220 | NYU Langone Hospital-Brooklyn |
| يتم الاتصال بالمكتب المعني مباشرة | إلى المكتب المعني مباشرة | NYU Grossman School of Medicine Faculty Group Practices (FGP) |
| يتم الاتصال بالمكتب المعني مباشرة | Marilyn Vientos، مدير عمليات شبكة FHC FHCPatientRelations@nulangone.org | Family Health Centers التابعة لـ NYU Langone |
| 516-663-8000 | NYU Langone Hospital - Long Island - CHHA 290 Old Country Road Mineola, NY 11501 | NYU Langone Hospital - Long Island Certified Home Health Agency (CHHA) |
| 929-455-2099 | عناية: Practice Manager 215 54 th Street Brooklyn, NY 11220 | Southwest Brooklyn Dental Practice |
| Tisch: 212-263-5227 Orthopedic: 212-598-6373 FGP: 212-263-7108 الأماكن الأخرى: يتم الاتصال بالمكتب المعني مباشرة | Tisch: 560 1 st Ave, 2 nd Floor, NY, NY 10006 Orthopedic Hospital: 301 East 17 th St, Suite 600/6 th Floor, NY, NY 10003 FGP Radiology: NYU Langone Health Radiology Medical Records, 650 First Avenue, 4 th Floor, NY, NY 10016, جميع الأماكن الأخرى: مباشرة إلى موقع دراسة التصوير | صور/أفلام الأشعة (Radiology Films/Images) |
| 631-654-7710 | Long Island Community Hospital - HIM Department 101 Hospital Road, Patchogue, NY 11772 | Long Island Community Hospital (LICH) |

NYU Langone Health
NYU Langone Hospitals
Family Health Centers @NYU Langone
NYU Grossman School of Medicine
Long Island Community Hospital @NYU Langone Health
تصريح باستخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) والكشف عنها

| | | |
|--------------|--------------------|------------|
| رقم الهاتف | تاريخ ميلاد المريض | اسم المريض |
| عنوان المريض | | |

أطلب أنا، أو ممثلي المفوض، بأن يتم الكشف عن المعلومات الصحية المتعلقة برعايتي وعلاجي كما هو موضح بهذا النموذج. وأدرك ما يلي:

1. أن المعلومات المتعلقة بعلاج إدمان الكحول/المخدرات، و/أو علاج الصحة العقلية، و/أو الاختبارات الوراثية، و/أو المعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية* لن تتم مشاركتها إلا إذا أعطيت إذنًا محددًا بذلك. وبتوقيعي بالأحرف الأولى من اسمي أدناه، فأنا أصرح تحديدًا بالكشف عن هذه المعلومات للشخص (الأشخاص) المذكور(ين) في هذا النموذج.

| | |
|--|--|
| المعلومات المتعلقة بعلاج إدمان الكحول أو المخدرات (السجلات من برامج علاج إدمان الكحول/المخدرات) | |
| المعلومات المتعلقة بعلاج الصحة العقلية (باستثناء ملاحظات العلاج النفسي التي تتطلب تفويضًا منفصلاً) | |
| معلومات الاختبارات الوراثية | |
| المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (يجب أن يتضمن الكشف عن هذه المعلومات الإفادات المطلوبة بخصوص حظر إعادة الكشف عندما يتطلب القانون ذلك) | |

2. باستثناء الأنواع الخاصة من المعلومات المذكورة أعلاه، فإنه يمكن للطرف المتلقي إعادة مشاركة المعلومات التي يتيح هذا التصريح مشاركتها والتي لا تكون محمية بعد ذلك وفقًا للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية. وما لم يكن مسموحًا به من قبل القانون الفيدرالي أو قانون الولاية، إذا أعطيت الإذن لتبادل المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، فلا يمكن للمتلقي مشاركة هذه المعلومات دون إذن مني. يمكنني طلب قائمة بالأشخاص الذين قد يتلقون أو يستخدمون المعلومات الخاصة بي المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية دون تصريح. إذا تعرضت للتمييز نتيجة الكشف عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية أو الإفصاح عنها، فإنه يمكنني الاتصال بإدارة حقوق الإنسان بولاية نيويورك (New York State Division of Human Rights) على الرقم 480-2493 (212) أو لجنة حقوق الإنسان بمدينة نيويورك (New York City Commission of Human Rights) على الرقم 306-7450 (212). هذه الوكالات مسؤولة عن حماية حقوقي.

3. يمكنني إلغاء هذا التصريح بمراسلة مقدم الخدمة/الجهة التي قدمت لها النموذج (على العنوان المدرج في صفحة التعليمات). سيكون هذا الإلغاء ساريًا ما عدا إلى الحد الذي كانت فيه NYU Langone Health و/أو ("LICH") Long Island Community Hospital قد اعتمدت بالفعل على هذا التصريح.

4. التوقيع على هذا التصريح أمر طوعي. يحظر على NYU Langone Health أو LICH أن تجعل تقديمها العلاج أو السداد أو الالتحاق بالخطط التأمينية الصحية أو الأهلية للحصول على مخصصات مشروطًا بتوقيعي على هذا التصريح أو عدمه، عدا في ظروف محدودة.

5. إذا طلبت الحصول على أفلام الأشعة، فأنا أفهم أنه لا يوجد نسخ أفلام (تناظرية) تحتفظ بها NYU Langone Health. أعني NYU Langone Health من أي مسؤولية للحفاظ على سجلات التصوير الطبي الخاصة بي.

اسم وعنوان مقدم الخدمة/الجهة التي تطلب السجلات منها (انظر صفحة التعليمات):

NYU Langone Health
NYU Langone Hospitals
Family Health Centers @NYU Langone
NYU Grossman School of Medicine
Long Island Community Hospital @NYU Langone Health

الغرض من الكشف عن المعلومات:

بناءً على طلبي استمرار الرعاية

أخرى (يرجى الشرح، بما في ذلك لبرنامج أو مخصصات حكومية):

الشخص الذي يتلقى هذه المعلومات:

أنا غير ذلك (الاسم ورقم الهوية مطلوبان للاستلام):

النموذج/التنسيق (قد يتم تطبيق رسوم؛ سيتم التقديم قبل الكشف عن المعلومات):

إرسال الأوراق عن طريق البريد إلى:

استلام الأوراق MyChart (متوفر للتنزيل لمدة 60 يومًا)

الفاكس ((رقمه): _____ الأسطوانة المدمجة (CD)/قرص الفيديو الرقمي (DVD) الناقل التسلسلي العالمي (USB)

بريد إلكتروني آمن (متوفر للوصول/التنزيل لمدة 30 يومًا):

أمور أخرى:

وصف المعلومات المراد الكشف عنها:

السجل الطبي الكامل من مقدم الخدمة/الجهة الموضح (ة) أعلاه

سجلات مرتبطة بالتواريخ التالية:

تقارير الأشعة (مع ذكر نوع الاختبار وتاريخه):

أفلام/صور الأشعة (مع ذكر نوع الاختبار وتاريخه):

خلاصة (ملخص) المعلومات المتعلقة بالتواريخ التالية:

السجلات المرسله إلى مقدم الخدمة/الجهة الموضح (ة) أعلاه بواسطة مقدمي خدمات غير تابعين لـ NYU Langone وتحتفظ بها NYU Langone للاستخدام في رعايتي

أخرى (مثل سجلات الفواتير؛ نماذج الموافقة):

سينتهي التصريح بعد عام واحد (1) من تاريخ توقيعه، إلا إذا ذكر خلاف ذلك هنا (حدث أو تاريخ معين):

لقد تمت الإجابة عن أسئلتى، إن وجدت. إضافة إلى ذلك، فقد تم تزويدي، أو عرض علي تزويدي، بنسخة من هذا النموذج إذا طلبت مني NYU Langone Health و/أو LICH إكمال هذا النموذج.

التوقيع: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____ صباحًا/مساءً

(المريض أو الشخص المفوض بالتوقيع)

إذا كان الشخص الذي يقدم الموافقة ليس المريض، فقم بكتابة الاسم بأحرف واضحة ونوع السلطة المخولة بالتوقيع. ينبغي تقديم وثائق داعمة في وقت الطلب.

الاسم/السلطة: _____

*فيروس نقص المناعة البشرية الذي يُسبب مرض الإيدز. يحمي قانون ولاية نيويورك للصحة العامة المعلومات التي قد تؤدي بصورة منطقية إلى التعرف على شخص ما بصفته مصابًا بأعراض أو عدوى فيروس نقص المناعة البشرية والمعلومات المتعلقة ببيانات الاتصال الخاصة بالشخص.

لاستخدام/المكتبي فقط: رقم السجل الطبي: _____ تم الاستلام: _____ / _____ / _____ الأحرف الأولى: _____