COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

تعليمات استكمال نموذج إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها (SAPC) الخاص بمنح الموافقة على تنسيق الرعاية والمعالجة

الغرض من نموذج الموافقة هذا هو تقديم إذن كتابي للإفصاح عن معلوماتك الصحية وتبادلها، بما في ذلك المعلومات المحمية بموجب **الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية (42 CFR Part 2)** (معلومات اضطرابات تعاطي المواد المخدرة) بين مقدمي العلاج الحاليين والسابقين والمستقبليين ضمن شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، وإلى الكيان (الكيانات) أو الفرد (الأفراد) الخارجيين المحددين في نموذج الموافقة هذا بناءً على طلبك أو طلب ممثلك المعتمد لغرض علاج العميل وتنسيق رعايته. بالنسبة للمعلومات المتعلقة باضطراب تعاطي المواد المخدرة (SUD)، يجب أن يكون الغرض من الموافقة والإفصاح متوافقًا مع متطلبات **الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية** وجميع القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها. إن تفويضك طوعي ويجوز لك رفض التوقيع. يرجى أخذ لحظة لقراءة التعليمات أدناه.

اقرأ كل قسم بعناية

يتضمن هذا النموذج عدة أقسام تصف ما يلي:

- **ما هي المعلومات التي** يجوز مشاركتها
- **من** يحق له إرسال واستلام المعلومات
- **سبب** مشاركة المعلومات
- **مدة** سريان التفويض
- **حقوقك** في إلغاء تفويض الإفصاح عن المعلومات أو تقييده

يرجى **قراءة ومراجعة كل قسم** بدقة قبل التوقيع.

تحديد المعلومات التي يجوز الإفصاح عنها

يجوز لك اختيار تقييد نوع أو قدر المعلومات المفصح عنها. يجوز لك تفويض الإفصاح عن:

- سجلك الصحي بأكمله، **أو**
- تحديد المعلومات التي تفوض باستخدامها والإفصاح عنها

من يجوز له مشاركة معلوماتك واستلامها

يجب عليك تحديد الجهة التي تفوضها بمشاركة المعلومات. يمكن أن يشمل ذلك:

- شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها أو وكالتها (وكالاتها)، **أو**
- مقدمي علاج محددين في شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها أو وكالتها (وكالاتها)، **أو**
- كيان (كيانات)/فرد (أفراد) أو وسيط (وسطاء) أو أكثر من خارج شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها أو وكالتها (وكالاتها)

يرجى الرجوع إلى القسم الثاني "الكيانات المصرح لها بمشاركة المعلومات الصحية".

مراجعة حقوقك بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) والجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية

يوضح هذا النموذج حقوقك بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية. لك الحق في:

- **رفض التوقيع** على هذا التفويض
- **إلغاء** تفويضك في أي وقت كتابيًا أو شخصيًا
- **الحصول على نسخة** من النموذج المكتمل
- **تقييد** المعلومات التي تجري مشاركتها
- **توقع تدابير حماية السرية**، بما في ذلك قيود إعادة الإفصاح عن المعلومات

يرجى الرجوع إلى القسم الرابع "معلومات مهمة أخرى" والقسم السادس "إشعار مرفق بالإفصاحات" لمزيد من المعلومات المتعلقة بحقوقك بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة والجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية.

انتهاء صلاحية التفويض

ستنتهي صلاحية نموذج الموافقة هذا بعد عام واحد من تاريخ التوقيع على هذا النموذج ما لم تُدخل تاريخ انتهاء صلاحية مختلفًا في المساحة المخصصة أو ما لم تقم بإلغاء هذه الموافقة.
يجوز لك تحديد تاريخ يقل عن عام أو يزيد على عام من تاريخ التوقيع على هذا النموذج. إذا لم تحدد تاريخ انتهاء الصلاحية، فسيقوم مقدم الخدمة بإدخال تاريخ بعد عام واحد من تاريخ توقيع نموذج الموافقة.

يرجى الرجوع إلى القسم الرابع "معلومات مهمة أخرى" والقسم السابع "إلغاء الموافقة" لمزيد من المعلومات حول حقوق التفويض الخاصة بك.

إلغاء تفويضك

يجوز لك إلغاء تفويضك في أي وقت عن طريق إخطار مقدم العلاج أو البرنامج كتابيًا أو شخصيًا. إذا جرى إلغاء الموافقة قبل تاريخ انتهاء الصلاحية، فسيُعتبر النموذج ملغيًا. الإلغاء **لا** يبطل المعلومات التي جرت مشاركتها بالفعل قبل استلام الإلغاء.

يجب توقيع قسم الإلغاء من قِبل القاصر **و**أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني عندما تكون موافقة أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني مطلوبة للاستشارة أو العلاج من اضطراب تعاطي المواد المخدرة للقاصر. سيقوم أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني بكتابة اسمه بالكامل بخط واضح، والتوقيع، ووضع التاريخ على سطر التوقيع الأول أسفل القسم الخامس "توقيع العميل أو الممثل القانوني" وتوضيح صلة قرابته بالعميل على السطر الموجود أسفل سطر التوقيع الأول. سيقوم القاصر بكتابة اسمه بخط واضح والتوقيع في حقل توقيع الشاهد الأول.

يرجى الرجوع إلى القسم الرابع "معلومات مهمة أخرى" والقسم السابع "إلغاء الموافقة" لمزيد من المعلومات حول كيفية إلغاء تفويضك.

التبادل الإلكتروني والأمان

يجب أن تمتثل جميع الإفصاحات — بما في ذلك تلك التي تجري إلكترونيًا — لما يلي:

- متطلبات قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة
- **الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية**
- **قوانين السرية** الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها الأخرى

توقيع النموذج وتأريخه

يؤكد توقيعك ما يلي:

- أنك **تفهم** المعلومات الواردة في النموذج
- أنك **تفوض الإفصاح عن المعلومات** الموضحة
- أنك **تفهم حقوقك** بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة والجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية

إذا كنت توقع بصفتك **ممثلاً قانونيًا**، فيجب عليك توضيح سلطتك للقيام بذلك. تشمل أمثلة السلطة القانونية أحد الوالدين، والوصي القانوني، والقيم القانوني، والمنفذ للتركة، والتوكيل الرسمي، و/أو أقرب الأقرباء. سيتعين عليك تقديم وثائق إضافية لإثبات سلطتك أو صلتك.

إذا كنت توقع كشاهد على التوقيع بعلامة، فيرجى ملء القسم المناسب بمعلوماتك.

يجب توقيع نموذج الموافقة من قِبل القاصر **و**أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني عندما تكون موافقة أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني مطلوبة للاستشارة أو العلاج من اضطراب تعاطي المواد المخدرة للقاصر. سيقوم أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني بكتابة اسمه بالكامل بخط واضح، والتوقيع، ووضع التاريخ على سطر التوقيع الأول أسفل القسم الخامس "توقيع العميل أو الممثل القانوني" وتوضيح صلة قرابته بالعميل على السطر الموجود أسفل سطر التوقيع الأول. سيقوم القاصر بكتابة اسمه بخط واضح والتوقيع في حقل توقيع الشاهد الأول.

إعادة النموذج المكتمل

أعد النموذج الموقع إلى مقدم الخدمة أو البرنامج أو الوكالة المسؤولة عن معالجة طلبك. يجوز لك طلب نسخة لسجلاتك.

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها

الموافقة على الإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة باضطراب تعاطي المواد المخدرة لأغراض العلاج وتنسيق الرعاية

الغرض من الموافقة والإفصاح: يفوض نموذج الموافقة هذا الإفصاح عن المعلومات الصحية لاضطراب تعاطي المواد المخدرة المحمية بموجب الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية بين مقدمي العلاج الحاليين والسابقين والمستقبليين للعميل داخل شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، وإلى الكيان (الكيانات) الخارجية أو الفرد (الأفراد) المحددين في نموذج الموافقة هذا بناءً على طلب العميل أو ممثله المفوض لغرض علاج العميل وتنسيق الرعاية. يرجى الإشارة إلى ما إذا كنت تفوض بمشاركة المعلومات بين مقدمي العلاج الحاليين والسابقين والمستقبليين داخل شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، أو بين شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها وكيان (كيانات)/فرد (أفراد) خارجي واحد أو أكثر أو وسيط (وسطاء) خارج شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها عن طريق تحديد أحد الخيارين أو كليهما أدناه:

☐ داخل شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها ☐ خارج شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها

يجب أن يتطابق الاختيار الذي جرى في هذا القسم مع الاختيار الذي جرى في القسم الثاني. الكيانات المفوضة بمشاركة المعلومات الصحية.

أولاً. معلومات العميل

الاسم (اسم العائلة، الاسم الأول، والاسم الأوسط):	تاريخ الميلاد:	رقم Medi-Cal:
عنوان البريد الإلكتروني: بتقديم عنوان بريدك الإلكتروني، فإنك تفوض إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها وشبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها بالاتصال بك عبر البريد الإلكتروني.	رقم التليفون:	آخر ٤ أرقام من رقم الضمان الاجتماعي:
العنوان:		رقم تعريف Sage:

ثانيًا. الكيانات المفوضة بمشاركة المعلومات الصحية

أفوض مقدم (مقدمي) العلاج الحالي والسابق والمستقبلي بتبادل معلوماتي الصحية الخاصة باضطراب تعاطي المواد المخدرة المحمية بموجب الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية مع الكيان (الكيانات) المحددة أدناه وفقًا لهذا الطلب لغرض علاجي وتنسيق الرعاية.

حدد خيارًا واحدًا أو أكثر من الخيارات أدناه. يجوز تحديد خيار واحد فقط من خيارات "داخل شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها". يجب أن يتطابق الخيار (الخيارات) المحدد أدناه مع الخيار (الخيارات) المحدد في الجزء العلوي من هذا المستند.

☐ **كامل شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها: مع جميع مقدمي العلاج** في شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها. **إذا كان هذا هو التحديد الوحيد، فانتقل إلى القسم الثالث. نطاق الإفصاحات.**

☐ حدد **وكالة (وكالات) مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها:** مع مقدم (مقدمي) العلاج المحددين في شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها والموضحين أدناه.

☐ **خارج شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها:** مع الكيان (الكيانات)/الفرد (الأفراد) أو الوسيط (الوسطاء) خارج شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها الموضحين أدناه.

استخدم المساحات المتوفرة أدناه لإدخال معلومات الاتصال الخاصة بمقدم (مقدمي) الخدمة المحددين في شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها و/أو الكيان (الكيانات) الخارجية التي تفوض الإفصاح عن معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة المحمية الخاصة بك إليها. إذا كانت هناك حاجة إلى مساحة إضافية، فيرجى استخدام وثيقة "الأفراد/الكيانات الإضافية المفوضة للإفصاح عن المعلومات (ROI)" لإدراج الكيانات الإضافية وإرفاق المستند بنهاية نموذج الموافقة هذا.

1. اسم الكيان: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____

البريد الإلكتروني: _____ الموقع الإلكتروني: _____

2. اسم الكيان: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____

البريد الإلكتروني: _____ الموقع الإلكتروني: _____

3. اسم الكيان: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____

البريد الإلكتروني: _____ الموقع الإلكتروني: _____

ثالثًا. نطاق الإفصاح

أفوض الكيانات المشار إليها في القسم الثاني بمشاركة المعلومات الصحية المحمية المحددة أدناه.

حدد أحد الخيارات التالية.

☐ سجلي الصحي بأكمله

☐ غير ذلك: _____

حدد المعلومات التي تفوض باستخدامها والإفصاح عنها.

رابعًا. معلومات مهمة أخرى

بتوقيع نموذج الموافقة هذا، أدرك ما يلي:

- **انتهاء صلاحية الموافقة** - ستنتهي صلاحية نموذج الموافقة هذا بعد عام واحد من تاريخ التوقيع على هذا النموذج ما لم يُحدد تاريخ انتهاء صلاحية مختلف على السطر أدناه، أو ما لم يجرِ إلغاؤه.

  أفوض بأن تنتهي صلاحية نموذج الموافقة هذا بتاريخ _____ / _____ / _____.
  الشهر اليوم السنة

- سجلات علاجي من الكحول و/أو المخدرات محمية بموجب اللوائح الفيدرالية التي تحكم سرية وسجلات مرضى إساءة استخدام المخدرات، الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية، وقانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لسنة ١٩٩٦، الجزأين ١٦٠ و١٦٤ من الباب ٤٥ من قانون اللوائح الفيدرالية، ولا يمكن الإفصاح عنها دون موافقتي الخطية ما لم تسمح اللوائح بخلاف ذلك.
- يحق لي استلام نسخة من نموذج الموافقة هذا. نسخة نموذج الموافقة هذا صالحة تمامًا مثل النسخة الأصلية.
- **معلومات إعادة الإفصاح** - المعلومات المتعلقة بعلاج الكحول أو المخدرات التي يجري الإفصاح عنها لكيان مشمول أو شريك تجاري قد يُعاد الإفصاح عنها وفقًا للأذونات الواردة في لوائح قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة.
- **القيود المفروضة على إعادة الإفصاح** - لا يمكن إعادة الإفصاح عن المعلومات التي جرى الإفصاح عنها للإجراءات المدنية والجنائية والإدارية والتشريعية ضد العميل دون نموذج موافقة إضافي مخصص فقط لهذا الغرض بما يتفق مع الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية. تتطلب الإفصاحات للأغراض القانونية موافقة منفصلة.
- أفهم أن المعلومات المستخدمة أو المفصح عنها بموجب نموذج الموافقة قد تخضع لإعادة الإفصاح من قِبل المتلقي ولن تعد محمية بموجب الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية.
- يحق لي إلغاء هذه الموافقة في أي وقت كتابيًا أو شخصيًا مع مقدم خدمات علاج تعاطي المواد المخدرة، باستثناء الحد الذي تصرف فيه مقدم الخدمة بالفعل أو أي جهة أخرى حائزة بشكل قانوني بناءً عليها. يجوز لي استخدام قسم إلغاء الموافقة في هذا النموذج لإنهاء نموذج الموافقة هذا كتابيًا. بمجرد استلام نموذج إلغاء الموافقة الخاص بي، سيقوم مقدم الخدمة أو إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها بإلغاء الموافقة على الإفصاح عن المعلومات في المستقبل. أفهم أنه لا يمكن استرداد الإفصاحات التي جرت قبل إلغاء نموذج الموافقة هذا، ولا يُطلب من الكيانات التي جرى الإفصاح لها إعادة هذه الإفصاحات أو التخلص منها.

خامسًا. توقيع العميل أو الممثل القانوني

بالتوقيع أدناه، أقر بأنني قد قرأت نموذج الموافقة وأدرك أن توقيعي يفوّض الإفصاح عن معلوماتي الصحية كما هو موضح في هذا النموذج. أدرك أن التوقيع على هذا النموذج هو أمر طوعي، ويحق لي رفض التوقيع.

اسم وتوقيع العميل أو الممثل القانوني للعميل:

إذا تعذر على العميل الكتابة، فيجوز له وضع علامة في خانة التوقيع. يتطلب التوقيع بوضع علامة وجود شاهدَين اثنين. يجب على الشاهد كتابة اسم العميل في السطر المخصص لاسم العميل، وكتابة اسمه في أحد سطور "اسم الشاهد بخط واضح" والتوقيع في المساحة المخصصة للشاهد أدناه. يجب على الشاهد الثاني كتابة اسمه في سطر "اسم الشاهد بخط واضح" الآخر والتوقيع في المساحة المخصصة للشاهد الآخر لتأكيد توقيع العميل بوضع علامة.

_____ _____ _____/_____/_____

الاسم بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير) التوقيع الشهر اليوم السنة

إذا جرى التوقيع من قِبل الممثل القانوني للعميل، فاذكر صلة القرابة وصفة التفويض للقيام بذلك:

_____

أسماء وتوقيعات الشهود:

إذا تعذر على العميل الكتابة ووضع علامة كتوقيع له أعلاه، يلزم وجود شاهدَين لاستكمال قسم الشهود من خلال كتابة اسميهما والتوقيع أدناه.

1. _____ ٢. _____

اسم الشاهد بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير) **اسم الشاهد بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير)**

_____ _____

التوقيع التوقيع

سادسًا. إشعار مرفق بالإفصاحات

هذا السجل الذي جرى الإفصاح عنه لك محمي بموجب قواعد السرية الفيدرالية (الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية). تحظر عليك هذه القواعد استخدام هذا السجل أو الإفصاح عنه، أو الشهادة التي تصف المعلومات الواردة في هذا السجل، في أي إجراءات مدنية أو جنائية أو إدارية أو تشريعية تتخذها أي سلطة فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية ضد المريض، ما لم يجر التصريح بذلك بموافقة المريض، باستثناء ما هو منصوص عليه في القسم ٢.١٢(ج)(٥) من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية أو وفقًا لما تأذن به المحكمة طبقًا للقسمين ٢.٦٤ أو ٢.٦٥ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية. بالإضافة إلى ذلك، تحظر عليك القواعد الفيدرالية إجراء أي استخدام أو إفصاح آخر عن هذا السجل ما لم ينطبق شرط واحد على الأقل مما يلي:

(١) السماح صراحة بالاستخدام الإضافي أو الإفصاح بموجب موافقة خطية من الفرد الذي يجري الإفصاح عن معلوماته في هذا السجل، أو بموجب ما يسمح به الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية بخلاف ذلك.

(٢) أن تكون جهة مشمولة بالتغطية أو شريكًا في العمل وحصلت على السجل لأغراض العلاج، أو الدفع، أو عمليات الرعاية الصحية، أو

(٣) أن تكون قد تلقيت السجل من جهة مشمولة بالتغطية أو شريك في العمل وفقًا لما يجيزه الجزآن الفرعيان (أ) و(هـ) من الجزء ١٦٤ من الباب ٤٥ من قانون اللوائح الفيدرالية.

التفويض العام بالإفصاح عن المعلومات الطبية أو غيرها من المعلومات ليس كافيًا لاستيفاء العناصر المطلوبة للموافقة الخطية على مواصلة استخدام السجل أو إعادة الإفصاح عنه (راجع القسم ٢.٣١ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية).

سابعًا. إلغاء الموافقة

يحق لي إلغاء نموذج الموافقة هذا في أي وقت من خلال استكمال هذا القسم وتقديم إلغاء الموافقة بالبريد أو شخصيًا إلى مقدم العلاج الخاص بي، باستثناء الحد الذي تصرف فيه مقدم العلاج الخاص بي أو أي حائز قانوني آخر بالفعل بالاعتماد عليه.

عنوان وكالة مقدم علاج تعاطي المواد المخدرة:

اسم المؤسسة: _____

عنوان الشارع (السطر ١): _____

عنوان الشارع (السطر ٢: شقة/جناح/وحدة): _____

المدينة والولاية والرمز البريدي: _____

بمجرد استلام نموذج إلغاء الموافقة الخاص بي، سيقوم مقدم العلاج بإلغاء نموذج الموافقة لعمليات الإفصاح عن المعلومات المستقبلية. لا يمكن استرجاع عمليات الإفصاح التي جرت قبل استلام الإلغاء.

بالتوقيع أدناه، ألغي موافقتي على أي إفصاح مستقبلي عن المعلومات. أدرك أنه لا يمكن التراجع عن أو استرجاع أي عمليات إفصاح جرت قبل استلام هذا الإلغاء.

اسم وتوقيع العميل أو الممثل القانوني للعميل:

إذا تعذر على العميل الكتابة، فيجوز له وضع علامة في خانة التوقيع. يتطلب التوقيع بوضع علامة وجود شاهدَين اثنين. يجب على الشاهد كتابة اسم العميل في السطر المخصص لاسم العميل، وكتابة اسمه في أحد سطور "اسم الشاهد بخط واضح" والتوقيع في المساحة المخصصة للشاهد أدناه. يجب على الشاهد الثاني كتابة اسمه في سطر "اسم الشاهد بخط واضح" الآخر والتوقيع في المساحة المخصصة للشاهد الآخر لتأكيد توقيع العميل بوضع علامة.

_____ _____ _____ / _____ / _____

الاسم بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير) التوقيع الشهر اليوم السنة

إذا جرى التوقيع من قِبل الممثل القانوني للعميل، فاذكر صلة القرابة وصفة التفويض للقيام بذلك:

_____

أسماء وتوقيعات الشهود:

إذا تعذر على العميل الكتابة ووضع علامة كتوقيع له أعلاه، يلزم وجود شاهدَين لاستكمال قسم الشهود من خلال كتابة اسميهما والتوقيع أدناه.

1. _____ 2. _____

اسم الشاهد بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير) اسم الشاهد بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير)

_____ _____

التوقيع التوقيع

يجوز للعملاء الذين قدموا نموذج الموافقة على الإفصاح عن المعلومات مباشرة إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها إعادة نموذج إلغاء الموافقة المكتمل عبر البريد الإلكتروني الآمن أو بالبريد إلى العنوان المدرج أدناه. يجب إرفاق نسخة من بطاقة الهوية الرسمية الصادرة عن جهة حكومية للتحقق من صحة الطلب.

عنوان المراسلة البريدية الخاص بإدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها
الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها
1000South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

عنوان البريد الإلكتروني: -SAPC
HIM@ph.lacounty.gov

يُرجى الملاحظة: لن تجري معالجة طلبات الإلغاء المقدمة إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها من العملاء الذين لم يكملوا نموذج الموافقة على الإفصاح عن المعلومات مباشرة مع إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، أو الطلبات المقدمة بدون نسخة من هوية صالحة صادرة عن جهة حكومية.

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

كيفية ملء نموذج إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها (SAPC) الخاص بمنح الموافقة على تنسيق الرعاية والمعالجة

الغرض من الموافقة والإفصاح (أعلى النموذج)

يحدد هذا القسم **الجهات التي يمكن مشاركة معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة الخاصة بك معها**. تأكد من أن اختياراتك هنا **تتطابق مع القسم الثاني**.

الخطوة ١ ـــ اقرأ بيان الغرض.

1. يوضح هذا البيان أن النموذج يفوض بالإفصاح عن معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة المحمية بموجب الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية "**لغرض علاج العميل وتنسيق الرعاية**".

الخطوة ٢ ـــ اختر خيارًا واحدًا أو أكثر

1. اختر أحد مربعي الاختيار أو كليهما:

أ. **داخل شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها** حدد هذا الخيار إذا كنت تريد مشاركة معلوماتك فقط بين مقدمي خدمات علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة المتعاقدين مع إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها.

ب. **خارج شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها** حدد هذا الخيار إذا كنت تريد مشاركة معلوماتك مع جهات خارجية (مثل: الرعاية الأولية، والصحة النفسية، ودائرة مراقبة السلوك، ومستشفى معين، ونفسك، وما إلى ذلك).

القسم الأول ـــ معلومات العميل

املأ معلوماتك الشخصية حتى تتمكن إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها ومقدمو الرعاية لديك من تحديد سجلك بدقة.

1. **الاسم**: اكتب اسمك القانوني الكامل (اسم العائلة، الاسم الأول، الاسم الأوسط).
2. **تاريخ الميلاد**: استخدم الصيغة شهر/يوم/سنة.
3. **رقم Medi-Cal**: أدخل رقم Medi-Cal الخاص بك، إذا كان لديك رقم.
4. **عنوان البريد الإلكتروني**: أدخل عنوان بريد إلكتروني تتحقق منه بانتظام.
5. **رقم الهاتف**: أفضل رقم هاتف للوصول إليك.
6. **آخر ٤ أرقام من رقم الضمان الاجتماعي**: أدخل آخر أربعة أرقام فقط من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي أو كنت لا تعرف ما هو، فيُرجى تركه فارغًا.
7. **العنوان**: عنوانك البريدي الحالي.
8. **رقم تعريف Sage**: قدم رقم السجل الطبي الخاص بك في Sage EHR، إذا كان معروفًا. إذا كان غير معروف، فاتركه فارغًا أو اسأل مقدم الرعاية لديك.

القسم الثاني ـــ الجهات المصرح لها بمشاركة المعلومات الصحية

يحدد هذا القسم **الجهات التي يجوز لها تبادل معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة الخاصة بك** بناءً على اختيارك (اختياراتك).

الخطوة ١ ـــ اختر خيارًا واحدًا أو أكثر

حدد الخيار (الخيارات) التي تناسب احتياجاتك:

1. **شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها بأكملها**
   a. حدد هذا الخيار إذا كنت ترغب في أن يتمكن مقدم الرعاية الخاص بك من تبادل البيانات مع كامل شبكة مقدمي خدمات اضطرابات تعاطي المواد المخدرة التابعة لإدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها لتنسيق رعايتك بالكامل عبر الوكالات.
   b. إذا كان هذا هو المربع الوحيد المحدد، فيمكنك الانتقال إلى القسم الثالث.
2. **تحديد وكالة (وكالات) معينة من مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها**
   a. حدد هذا الخيار إذا كنت تريد تفويض مقدم خدمات اضطرابات تعاطي المواد المخدرة الخاص بك بتبادل المعلومات فقط مع مقدمي خدمات محددين آخرين في إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها.
   b. سيتعين عليك تقديم المعلومات المحددة المطلوبة لكل مقدم خدمة من إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها ترغب في طلب معلوماتك الصحية منه أو مشاركتها معه.
3. **خارج شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها**
   a. حدد هذا الخيار إذا كنت تريد مشاركة معلوماتك مع جهات خارجية (مثل: دائرة الصحة النفسية، أو دائرة الخدمات الصحية، أو طبيب الرعاية الأولية، أو المستشفى، أو المدرسة، وما إلى ذلك).
   b. سيتعين عليك تقديم المعلومات المحددة المطلوبة لكل جهة ترغب في طلب معلوماتك الصحية منها أو مشاركتها معها.

الخطوة ٢ — ملء تفاصيل الجهة (إن وجد)

لكل مقدم خدمة من إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها أو جهة خارجية تفوضها، يُرجى ملء ما يلي:

- **اسم الجهة** (الاسم الكامل، تجنب الاختصارات)
- **العنوان** (العنوان البريدي الكامل)
- **رقم الهاتف** (مع رمز المنطقة)
- **رقم الفاكس** (إذا كان معروفًا)
- **البريد الإلكتروني** (إذا كان معروفًا)
- **الموقع الإلكتروني** (اختياري)

الخطوة ٣ — إضافة صفحات إضافية عند الحاجة

إذا كان لديك أكثر من ثلاث جهات، فاملأ مستند "الأفراد/الجهات الإضافية المصرح لها للإفصاح عن المعلومات" لسرد الجهات الإضافية وأرفق المستند بنهاية نموذج الموافقة هذا.

القسم الثالث — نطاق الإفصاح

يحدد هذا القسم **المعلومات التي** يجوز استخدامها أو الإفصاح عنها.

الخطوة ١ — اختر خيارًا واحدًا

- ☐ **سجلي الصحي بالكامل** حدد هذا الخيار إذا كنت تريد أن يكون سجلك الكامل لاضطراب تعاطي المواد المخدرة متاحًا لتنسيق الرعاية.
- ☐ **غير ذلك**: حدد هذا الخيار إذا كنت ترغب في تقييد ما يجري مشاركته.

الخطوة ٢ — في حال تحديد "غير ذلك"، حدد بدقة ما يجوز الإفصاح عنه

كن محددًا قدر الإمكان حتى يعرف مقدمو الرعاية ما هو مسموح به.

الأمثلة:

- "تواريخ العلاج فقط"
- "التقييم والتشخيص فقط"
- "قائمة الأدوية"
- "إثبات المشاركة في البرنامج"
- "تقارير التقدم فقط"

القسم الرابع — معلومات مهمة أخرى

اقرأ كل قسم فرعي بعناية.

- **تاريخ انتهاء السريان**: ينتهي سريان نموذج الموافقة هذا بعد عام واحد من تاريخ توقيعه ما لم يُحدد تاريخ انتهاء سريان مختلف، أو ما لم يجرِ إلغاؤه. اكتب تاريخًا في المساحة المخصصة إذا كنت ترغب في أن ينتهي سريان نموذج الموافقة قبل مرور عام أو بعده من تاريخ توقيع هذا النموذج. إذا لم تحدد تاريخ انتهاء السريان، فسيُدخل مقدم الخدمة تاريخًا يعادل عامًا واحدًا من تاريخ توقيع نموذج الموافقة.
- **الحماية**: سجلاتك محمية بموجب القوانين الفيدرالية وفقًا للجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية وقانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة.
- **الحق في عدم التوقيع**: يمكنك رفض التوقيع، ولكن عندئذٍ **لن يجري الإفصاح عن سجلك**.
- **الحق في الحصول على نسخة**: يجوز لك طلب نسخة من الموافقة الموقعة.
- **إعادة الإفصاح**: وفقًا لقانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة، يجوز للجهة المستلِمة إعادة الإفصاح عن بعض معلوماتك في ظل ظروف محدودة.
- **الحماية القانونية**: لا يمكن استخدام معلوماتك في الإجراءات القانونية دون موافقة منفصلة.
- **الحق في الإلغاء**: يجوز لك إلغاء هذه الموافقة في أي وقت. لا يمكن استرجاع المعلومات التي جرت مشاركتها بالفعل.

القسم الخامس — توقيع العميل أو الممثل القانوني

هذا هو المكان الذي تفوض فيه رسميًا بالإفصاح عن المعلومات.

1. **الاسم بخط واضح**: اسمك القانوني الكامل.
2. **التوقيع**: اكتب توقيعك.
   a. إذا كنت لا تستطيع الكتابة، فيجوز لك التوقيع بوضع علامة.
   b. في حالة التوقيع بوضع علامة، يجب على **شاهدين** ملء قسم الشهود.
3. **التاريخ**: أدخل تاريخ التوقيع.

4. **في حالة التوقيع من قِبل ممثل قانوني:**
   a. حدّد صلة القرابة أو العلاقة (مثل: أحد الوالدين، الوصي، إلخ).
   b. حدّد صفة السلطة القانونية (مثل: أمر محكمة، وصاية قضائية، إلخ).
5. **قسم الشهود *(فقط إذا وقّع العميل بوضع علامة أو إذا كان العميل قاصرًا ويتطلب موافقة من أحد والديه/الوصي عليه أو ممثله القانوني)***

يجب على شاهدين القيام بما يلي:

- كتابة اسميهما بخط واضح
- وضع توقيعيهما

إذا وقّع **ممثل قانوني**، فيجب عليه توضيح صلة القرابة/العلاقة وسلطته القانونية للقيام بذلك. إذا وقّع العميل **بوضع علامة**، فيجب على شاهدين كتابة اسميهما بخط واضح والتوقيع.

يجب توقيع نموذج الموافقة من قِبل القاصر **و**أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني عندما تكون موافقة أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني مطلوبة لتقديم الاستشارة أو العلاج من اضطراب تعاطي المواد المخدرة للقاصر. يقوم أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني بكتابة اسمه الكامل بخط واضح، والتوقيع، وتدوين التاريخ على سطر التوقيع الأول ضمن القسم الخامس «توقيع العميل أو الممثل القانوني»، مع ذكر صلة القرابة/العلاقة بالعميل في السطر الموجود أسفل سطر التوقيع الأول. يقوم القاصر بكتابة اسمه بخط واضح والتوقيع في حقل توقيع الشاهد الأول.

القسم السادس ـــ إشعار مرفق بالإفصاحات

هذا هو إشعار السرية المطلوب بموجب الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية والذي سيُرفق بمعلوماتك. لا يلزم كتابة أي شيء في هذا القسم. يُعد «الإشعار المرفق بالإفصاحات» إشعار سرية سيُرفق بالسجلات التي يجري الإفصاح عنها وفقًا لما هو مصرح به بموجب توقيع هذا النموذج. يُخطر إشعار السرية الجهة المستلِمة بأن السجلات التي جرى استلامها محمية بموجب قوانين السرية المعمول بها في الولاية والقوانين الفيدرالية، ولا يجوز مشاركتها مع جهات أخرى غير مصرح لها بموجب نموذج الموافقة هذا.

القسم السابع ـــ إلغاء الموافقة

املأ هذا القسم **فقط عندما ترغب في إلغاء موافقتك (أي في المستقبل)**.

الخطوة ١ ـــ معلومات مقدم الخدمة

املأ بيانات مقدم الخدمة المعالج التالية:

- **اسم المؤسسة**
- **العنوان البريدي الكامل**

الخطوة ٢ ـــ توقيع الإلغاء

1. **اكتب اسمك بخط واضح**
2. **اكتب توقيعك (أو ضع علامة)**.
3. **دوّن تاريخ الإلغاء (الشهر/اليوم/السنة)**
4. إذا وقّع **ممثل قانوني، فيجب توضيح صلة القرابة/العلاقة والسلطة** للقيام بذلك
5. في حالة الإرسال مباشرة إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، يُرجى **إرفاق نسخة من بطاقة هويتك الصادرة عن جهة حكومية** للتحقق من هويتك

الخطوة ٣ ـــ الشهود (في حالة التوقيع بوضع علامة أو إذا كان العميل قاصرًا ويتطلب موافقة من أحد والديه/الوصي عليه أو ممثله القانوني)

يجب على شاهدين، أو القاصر، كتابة أسمائهم بخط واضح والتوقيع.

الخطوة ٤ ـــ تقديم طلب الإلغاء

إذا كنت قد قدمت الموافقة في الأصل مباشرة إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، فيجوز لك إرسال الإلغاء:

- **عبر البريد الإلكتروني الآمن** إلى HIM@ph.lacounty.gov-SAPC (يجب إرفاق نسخة من بطاقة هويتك الصادرة عن جهة حكومية)
- **عبر البريد** إلى عنوان إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها الموضح في النموذج

يُرجى إرسال طلبات الإلغاء إلى مقدم الخدمة أو الوكالة التابع لها أو إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها باستخدام التعليمات الموضحة في النموذج.

تعريفات إضافية

التفويض / الموافقة

وثيقة مكتوبة وموقعة تستوفي جميع متطلبات الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية، بما في ذلك:

- الغرض من الإفصاح
- الجهة المصرح لها بالإفصاح
- الجهة المصرح لها بالاستلام
- المعلومات المسموح بمشاركتها
- تاريخ انتهاء السريان
- التوقيع والتاريخ

جرى تصميم كل نموذج من نماذج تفويض الإفصاح عن المعلومات الخاصة بإدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها لتلبية هذه المتطلبات لغرضه المحدد

تنسيق الرعاية

التواصل والتعاون بين مقدمي الخدمات لدعم خطة علاج العميل، والإحالات، وإدارة الحالة، واستمرارية الرعاية.

العميل

الفرد الذي يتلقى خدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة. العميل هو الشخص الذي يجوز مشاركة معلوماته الصحية المحمية (PHI) عند توقيعه على نموذج تفويض الإفصاح عن المعلومات.

الكيان

أي مؤسسة أو وكالة أو مقدم خدمة أو محكمة أو محامٍ أو فرد مصرح له باستلام معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة أو الإفصاح عنها. الأمثلة: مقدمو خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، ودائرة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا (DHCS)، وخطط الرعاية المدارة، والمحاكم، ودائرة مراقبة السلوك، ومقدمو الرعاية الأولية.

الإجراءات القانونية

أي إجراء جنائي أو مدني أو إداري أو تشريعي قد يجري خلاله طلب معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة أو استخدامها ضد العميل. الأمثلة: جلسات الاستماع في المحكمة، والمراقبة، وقضايا رعاية الطفل، وجلسات تحديد استحقاق مزايا الضمان الاجتماعي.

الممثل القانوني

شخص مخول قانونًا باتخاذ القرارات نيابة عن العميل. الأمثلة:

- وصي قضائي معين من المحكمة
- الوصي القانوني
- أحد والدي القاصر، ولا يجوز لهما التوقيع على نموذج الإفصاح عن المعلومات إلا عندما تكون لديهما سلطة قانونية موثقة.

معيار الحد الأدنى الضروري

بموجب تعريفات قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة، يجوز مشاركة أقل قدر من المعلومات اللازمة لتحقيق الغرض من الموافقة.

عمليات الدفع والرعاية الصحية

الأنشطة الإدارية اللازمة لإصدار الفواتير، أو الدفع، أو إدارة خدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة، بما في ذلك:

- فوترة Medi-Cal
- التحقق من الأهلية
- مراجعة الاستخدام
- تحسين الجودة
- عمليات التدقيق ومراجعات الامتثال

إعادة الإفصاح

أي مشاركة لمعلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة بعد الإفصاح الأولي عنها. بموجب الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية، تُعد إعادة الإفصاح **مسموحًا بها**، باستثناء الإجراءات القانونية.

إلغاء الموافقة

يحق للعميل سحب موافقته في أي وقت. لا يمكن أن يؤدي سحب الموافقة إلى إلغاء عمليات الإفصاح السابقة التي جرت بالفعل عندما كانت الموافقة سارية. يجب أن يكون الإلغاء خطيًا أو يجري استكماله باستخدام قسم الإلغاء في نموذج الإفصاح عن المعلومات.

الدافع من الطرف الثالث

أي جهة مسؤولة عن دفع تكاليف خدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة أو تعويضها بخلاف العميل نفسه. الأمثلة: Medi-Cal، ودائرة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا، وخطط الرعاية المدارة، والتأمين الخاص.

مقدم الخدمة المعالج / شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها

أي برنامج لعلاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة متعاقد مع إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها في مقاطعة لوس أنجلوس، بما في ذلك برامج العيادات الخارجية، والبرامج السكنية، وبرامج علاج المواد الأفيونية (OTP)، وبرامج إدارة الانسحاب، وبرامج دعم التعافي.

شاهد

شخص يشهد على توقيع العميل على نموذج الإفصاح عن المعلومات **بوضع علامة** (عندما لا يستطيع العميل التوقيع كتابةً). يجب على شاهدين (٢) كتابة اسميهما بخط واضح والتوقيع حتى تُعتبر العلامة صالحة.