شهرستان لس‌آنجلس
بهداشت عمومی

دستورالعمل تکمیل فرم رضایتنامه SAPC برای درمان و هماهنگی مراقبت

هدف این فرم رضایتنامه، دادن اجازه کتبی برای انتشار و تبادل اطلاعات سلامت شما، از جمله اطلاعات محافظت‌شده طبق **بخش ۲ از ۴۲ CFR** (اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد)، بین ارائه‌دهندگان فعلی، قبلی و آینده خدمات درمانی شما در شبکه ارائه‌دهندگان SAPC می‌باشد و همچنین به منظور ارائه این اطلاعات به نهادها یا افراد خارج از این شبکه مندرج در این فرم به درخواست شما یا نماینده مجاز شما، برای درمان و هماهنگی مراقبت از مراجع است. درباره اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد، هدف رضایتنامه و افشای اطلاعات باید با الزامات **بخش ۲ از ۴۲ CFR** و تمام قوانین فدرال و ایالتی مربوطه مطابقت داشته باشد. رضایت شما داوطلبانه است و می‌توانید از امضا خودداری کنید. لطفاً زمانی را به خواندن دستورالعمل‌های زیر اختصاص دهید.

هر بخش را با دقت بخوانید

این فرم شامل چند بخش است که موارد زیر را توضیح می‌دهد:

- **چه اطلاعاتی** ممکن است به اشتراک گذاشته شود
- **چه کسی** می‌تواند اطلاعات را ارسال و دریافت کند
- **چرا** اطلاعات به اشتراک گذاشته می‌شود
- **مدت اعتبار** مجوز
- **حقوق شما** برای لغو یا محدود کردن مجوز انتشار اطلاعات

لطفاً قبل از امضا، **هر بخش را به‌طور کامل بخوانید و بررسی کنید**.

مشخص کنید چه اطلاعاتی می‌تواند منتشر شود

می‌توانید نوع یا مقدار اطلاعات منتشرشده را محدود کنید. می‌توانید اجازه انتشار موارد زیر را بدهید:

- کل پرونده سلامت شما، **یا**
- اطلاعاتی را که اجازه استفاده و افشای آنها را می‌دهید، مشخص کنید

چه کسانی می‌توانند اطلاعات شما را به اشتراک بگذارند و دریافت کنند

باید مشخص کنید به چه کسانی اجازه می‌دهید اطلاعات شما را به اشتراک بگذارند. این موارد می‌تواند شامل گزینه‌های زیر باشد:

- شبکه ارائه‌دهندگان SAPC یا سازمان‌های مربوطه، **یا**
- ارائه‌دهندگان خدمات درمانی منتخب در شبکه ارائه‌دهندگان SAPC یا سازمان‌های مربوطه، **یا**
- یک یا چند نهاد، فرد یا واسطه خارج از شبکه ارائه‌دهندگان SAPC یا سازمان‌های مربوطه

لطفاً به بخش ۲ «نهادهای مجاز به اشتراک‌گذاری اطلاعات سلامت» مراجعه کنید.

حقوق خود را طبق HIPAA و بخش ۲ از ۴۲ CFR بررسی کنید

این فرم حقوق شما را طبق قوانین فدرال و ایالتی بیان می‌کند. شما حق دارید:

- **از امضای این مجوز خودداری کنید**
- **مجوز خود را لغو کنید؛** در هر زمان، به‌صورت کتبی یا حضوری
- **یک نسخه دریافت کنید؛** از فرم تکمیل‌شده
- **محدود کنید** که چه اطلاعاتی به اشتراک گذاشته می‌شود
- **انتظار داشته باشید اطلاعات شما محرمانه بماند؛** از جمله با رعایت محدودیت‌های افشای مجدد.

برای اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود طبق HIPAA و بخش ۲ از ۴۲ CFR، لطفاً به بخش ۴ «سایر اطلاعات مهم» و بخش ۶ «اطلاعیه همراه با اطلاعات افشاشده» مراجعه کنید.

انقضای رضایتنامه

این فرم رضایتنامه یک سال پس از تاریخ امضای آن منقضی می‌شود، مگر اینکه در محل تعیین‌شده، تاریخ انقضای دیگری وارد کنید یا این رضایتنامه را لغو کنید.
می‌توانید تاریخی را تعیین کنید که کمتر یا بیشتر از یک سال پس از تاریخ امضای این فرم باشد. اگر تاریخ انقضا را مشخص نکنید، ارائه‌دهنده خدمات ، تاریخی را وارد می‌کند که یک سال پس از تاریخ امضای فرم رضایتنامه است.

برای اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود در ارتباط با این مجوز، لطفاً به بخش ۴ «سایر اطلاعات مهم» و بخش ۷ «لغو رضایتنامه» مراجعه کنید.

لغو رضایتنامه شما

می‌توانید مجوز خود را در هر زمان، با اطلاع کتبی یا حضوری به ارائه‌دهنده خدمات درمانی یا برنامه درمانی خود، لغو کنید. اگر رضایتنامه پیش از تاریخ انقضا لغو شود، فرم لغوشده تلقی می‌شود. لغو رضایتنامه، افشای اطلاعاتی را که پیش از دریافت درخواست لغو به اشتراک گذاشته شده است، بی‌اثر نمی‌کند.

اگر برای مشاوره یا درمان اختلال مصرف موادِ فرد زیر سن قانونی، رضایت والدین، سرپرست یا نماینده قانونی لازم باشد، بخش لغو رضایتنامه باید هم توسط فرد زیر سن قانونی و هم توسط والدین، سرپرست یا نماینده قانونی امضا شود. والدین، سرپرست یا نماینده قانونی باید نام کامل خود را خوانا بنویسند و در اولین خط امضا در بخش ۵ «امضای مراجع یا نماینده قانونی»، امضا و تاریخ را درج کنند. همچنین باید نسبت خود با مراجع را در خط زیر اولین خط امضا بنویسند. فرد زیر سن قانونی باید نام خود را خوانا بنویسد و در محل امضای شاهد اول امضا کند.

برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه لغو مجوز خود، لطفاً به بخش ۴ «سایر اطلاعات مهم» و بخش ۷ «لغو رضایتنامه» مراجعه کنید.

تبادل الکترونیکی و امنیت

تمام موارد افشای اطلاعات، از جمله مواردی که به‌صورت الکترونیکی انجام می‌شوند، باید مطابق موارد زیر باشند:

- **HIPAA** و الزامات آن
- **بخش ۲ از ۴۲ CFR**
- سایر قوانین فدرال و ایالتی مربوط به **حفظ اطلاعات محرمانه**

فرم را امضا کنید و تاریخ بزنید

امضای شما تأیید می‌کند که:

- **شما اطلاعات موجود در فرم را می‌فهمید**
- **شما اجازه انتشار اطلاعات شرح‌داده‌شده را می‌دهید**
- **شما حقوق خود را** طبق HIPAA و بخش ۲ از ۴۲ CFR **می‌فهمید**.

اگر به‌عنوان **نماینده قانونی** امضا می‌کنید، باید اختیار قانونی خود برای این کار را مشخص کنید. نمونه‌های اختیار قانونی شامل والدین، سرپرست قانونی، قیم، مجری وصیت‌نامه، دارنده وکالت‌نامه و/یا نزدیک‌ترین خویشاوند است. برای تأیید اختیار قانونی یا نسبت خود، باید مدارک بیشتری ارائه دهید.

اگر به‌عنوان شاهدِ امضا با علامت امضا می‌کنید، لطفاً بخش مربوطه را با اطلاعات خود تکمیل کنید.

اگر برای مشاوره یا درمان اختلال مصرف موادِ فرد زیر سن قانونی، رضایت والدین، سرپرست یا نماینده قانونی لازم باشد، فرم رضایتنامه باید **هم** توسط فرد زیر سن قانونی **و هم** توسط والدین، سرپرست یا نماینده قانونی امضا شود. والدین، سرپرست یا نماینده قانونی باید نام کامل خود را خوانا بنویسند و در اولین خط امضا در بخش ۵ «امضای مراجع یا نماینده قانونی»، امضا و تاریخ را درج کنند. همچنین باید نسبت خود با مراجع را در خط زیر اولین خط امضا بنویسند. فرد زیر سن قانونی باید نام خود را خوانا بنویسد و در محل امضای شاهد اول امضا کند.

فرم تکمیل‌شده را برگردانید

فرم امضاشده را به ارائه‌دهنده خدمات، برنامه یا سازمان مسئول رسیدگی به درخواست خود برگردانید. می‌توانید یک نسخه از آن را برای سوابق خود درخواست کنید.

شهرستان لس‌آنجلس
بهداشت عمومی

پیشگیری و کنترل سوءمصرف مواد

فرم رضایتنامه برای افشای اطلاعات سلامت مربوط به اختلال مصرف مواد برای درمان و هماهنگی مراقبت

هدف از رضایت و افشای اطلاعات: هدف این فرم رضایتنامه، اجازه افشای اطلاعات سلامت مربوط به اختلال مصرف مواد (SUD) است که تحت حمایت بخش ۲ از ۴۲ CFR قرار دارد. این اطلاعات برای درمان مراجع و هماهنگی مراقبت، بین ارائه‌دهندگان فعلی، قبلی و آینده خدمات درمانی مراجع در شبکه ارائه‌دهندگان خدمات SAPC و نیز با نهادها یا افراد خارج از این شبکه که در این فرم مشخص شده‌اند، به درخواست مراجع یا نماینده مجاز او، به اشتراک گذاشته می‌شود. لطفاً با انتخاب یک یا هر دو گزینه زیر مشخص کنید که آیا اجازه می‌دهید اطلاعات بین ارائه‌دهندگان فعلی، قبلی و آینده خدمات درمانی شما در شبکه SAPC، یا بین این شبکه و یک یا چند نهاد، فرد یا واسطه خارج از شبکه SAPC به اشتراک گذاشته شود:

□ درون شبکه ارائه‌دهندگان خدمات SAPC □ خارج از شبکه ارائه‌دهندگان خدمات SAPC

انتخاب شما در این قسمت باید با انتخاب شما در بخش ۲ «نهادهای مجاز به اشتراک‌گذاری اطلاعات سلامت» مطابقت داشته باشد.

۱. اطلاعات مراجع

شماره مدیکل:	تاریخ تولد:	نام (نام خانوادگی، نام و نام میانی):
چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی:	شماره تلفن:	آدرس ایمیل: با ارائه آدرس ایمیل خود، به SAPC و شبکه ارائه‌دهندگان خدمات آن اجازه می‌دهید از طریق ایمیل با شما تماس بگیرند.
شماره شناسایی Sage:	آدرس:	

۲. نهادهای مجاز به اشتراک‌گذاری اطلاعات سلامت

من به ارائه‌دهندگان فعلی، قبلی و آینده خدمات درمانی خود اجازه می‌دهم اطلاعات سلامت من درباره اختلال مصرف مواد که تحت حمایت بخش ۲ از ۴۲ CFR قرار دارد، طبق این درخواست، برای درمان من و هماهنگی مراقبت، با نهادهای مشخص‌شده در زیر مبادله شود.

یک یا چند گزینه زیر را انتخاب کنید. فقط یکی از گزینه‌های «درون شبکه ارائه‌دهندگان خدمات SAPC» قابل انتخاب است. گزینه‌های انتخاب‌شده در زیر باید با گزینه‌های انتخاب‌شده در بالای این فرم مطابقت داشته باشند.

□ **کل شبکه ارائه‌دهندگان خدمات SAPC:** با تمام ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در شبکه SAPC. اگر تنها انتخاب شما همین گزینه است، به بخش ۳ «محدوده افشای اطلاعات» بروید.

□ **سازمان‌های منتخب ارائه‌دهنده خدمات SAPC:** با ارائه‌دهندگان منتخب خدمات درمانی در شبکه SAPC که در زیر مشخص شده‌اند.

□ **خارج از شبکه ارائه‌دهندگان خدمات SAPC:** با نهادها، افراد یا واسطه‌های خارج از شبکه SAPC که در زیر مشخص شده‌اند.

در قسمت‌های زیر، اطلاعات تماس ارائه‌دهندگان منتخب در شبکه SAPC و/یا نهادهای خارج از شبکه را که اجازه می‌دهید اطلاعات محافظت‌شده شما درباره اختلال مصرف مواد در اختیار آنها قرار گیرد، وارد کنید. اگر فضای بیشتری لازم است، از فرم «فهرست تکمیلی افراد/نهادهای مجاز برای افشای اطلاعات (ROI)» برای درج نهادهای اضافی استفاده کنید و آن را به انتهای این فرم رضایتنامه اضافه کنید.

۱ . نام نهاد: _____

آدرس: _____

شماره تلفن: _____ شماره فکس: _____

ایمیل: _____ وب‌سایت: _____

۲ . نام نهاد: _____

آدرس: _____

شماره تلفن: _____ شماره فکس: _____

ایمیل: _____ وب‌سایت: _____

۳ . نام نهاد: _____

آدرس: _____

شماره تلفن: _____ شماره فکس: _____

ایمیل: _____ وب‌سایت: _____

۳. محدوده افشای اطلاعات

من به نهادهای مشخص‌شده در بخش ۲ اجازه می‌دهم اطلاعات سلامت محافظت‌شده‌ای را که در زیر مشخص شده است، به اشتراک بگذارند.

یکی از گزینه‌های زیر را انتخاب کنید.

□ کل پرونده سلامت من

□ سایر: _____

اطلاعاتی را که اجازه استفاده و افشای آنها را می‌دهید، مشخص کنید.

۴. سایر اطلاعات مهم

با امضای این فرم رضایتنامه، می‌فهمم که:

- **انقضای رضایتنامه —** این فرم رضایتنامه یک سال پس از تاریخ امضای آن منقضی می‌شود، مگر اینکه تاریخ انقضای دیگری در خط زیر مشخص شده باشد یا رضایتنامه لغو شود.

اجازه می‌دهم این فرم رضایتنامه در تاریخ _____ / _____ / _____ منقضی شود.
ماه روز سال

- سوابق درمان مصرف الکل و/یا مواد مخدر من تحت حمایت مقررات فدرال مربوط به حفظ اطلاعات محرمانه و سوابق بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد، یعنی بخش ۲ از ۴۲ CFR، و قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه سلامت مصوب ۱۹۹۶ (HIPAA)، یعنی بخش‌های ۱۶۰ و ۱۶۴ از ۴۵ CFR، قرار دارند. این سوابق بدون رضایت کتبی من قابل افشا نیستند، مگر اینکه مقررات، افشای آنها را مجاز بدانند.
- حق دارم یک نسخه از این فرم رضایتنامه را دریافت کنم. یک کپی این فرم رضایتنامه به اندازه نسخه اصلی معتبر است.
- **اطلاعات مربوط به افشای مجدد —** اطلاعات مربوط به درمان مصرف الکل یا مواد مخدر که در اختیار یک نهاد مشمول قانون یا طرف تجاری همکار قرار گرفته است، ممکن است طبق مجوزهای تعیین‌شده در مقررات HIPAA، مجدداً افشا شود.
- **محدودیت‌های افشای مجدد —** اطلاعات افشاشده را نمی‌توان برای رسیدگی‌های مدنی، کیفری، اداری یا قانون‌گذاری علیه مراجع مجدداً افشا کرد، مگر با یک فرم رضایتنامه اضافی که صرفاً برای این هدف تهیه شده و با بخش ۲ از ۴۲ CFR مطابقت داشته باشد. افشای اطلاعات برای اهداف حقوقی به رضایت جداگانه نیاز دارد.
- می‌دانم اطلاعاتی که طبق این فرم رضایتنامه استفاده یا افشا می‌شود، ممکن است توسط دریافت‌کننده مجدداً افشا شود و دیگر تحت حمایت بخش ۲ از ۴۲ CFR نباشد.
- حق دارم این رضایتنامه را در هر زمان، به‌صورت کتبی یا حضوری نزد ارائه‌دهنده خدمات درمان اختلال مصرف مواد خود لغو کنم؛ مگر در حدی که ارائه‌دهنده خدمات من یا سایر دارندگان قانونی اطلاعات، قبلاً با اتکا به آن اقدام کرده باشند. می‌توانم از بخش «لغو رضایتنامه» در این فرم برای لغو کتبی آن استفاده کنم. پس از دریافت درخواست لغو رضایتنامه من، ارائه‌دهنده خدمات من یا SAPC اجازه افشای اطلاعات در آینده را لغو خواهد کرد. می‌دانم اطلاعاتی که پیش از لغو این فرم افشا شده است قابل بازپس‌گیری نیست و نهادهایی که اطلاعات را دریافت کرده‌اند، ملزم به بازگرداندن یا از بین بردن آنها نیستند.

۵. امضای مراجع یا نماینده قانونی

با امضای زیر، تأیید می‌کنم که فرم رضایتنامه را خوانده‌ام و می‌دانم امضای من، افشای اطلاعات سلامت من را طبق توضیحات این فرم مجاز می‌کند. می‌دانم امضای این فرم اختیاری است و حق دارم از امضای آن خودداری کنم.

نام و امضای مراجع یا نماینده قانونی مراجع:

اگر مراجع نمی‌تواند بنویسد، می‌تواند در خط امضا علامت بگذارد. امضا با علامت به دو شاهد نیاز دارد. یک شاهد باید نام مراجع را در خط مخصوص نام مراجع و نام خود را در یکی از خطوط «نام شاهد با حروف خوانا» بنویسد و در محل تعیین‌شده برای امضای شاهد در زیر امضا کند. شاهد دوم باید نام خود را در خط دیگر «نام شاهد با حروف خوانا» بنویسد و در محل امضای شاهد دوم امضا کند تا امضای مراجع با علامت را تأیید کند.

_____ _____ _____ / _____ / _____
نام خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی) امضا ماه روز سال

اگر نماینده قانونی مراجع امضا می‌کند، نسبت خود با مراجع و اختیار قانونی خود برای این کار را مشخص کند:

_____

نام و امضای شاهدان:

اگر مراجع نمی‌تواند بنویسد و در بالا به‌جای امضا علامت گذاشته است، دو شاهد باید بخش شاهدان را با نوشتن نام خود و امضا در زیر تکمیل کنند.

۱. _____ ۲. _____
نام شاهد با حروف خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی) نام شاهد با حروف خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی)

_____ _____
امضا امضا

۶. اطلاعیه همراه با اطلاعات افشاشده

این سوابق که در اختیار شما قرار گرفته است، تحت مقررات فدرال مربوط به حفظ اطلاعات محرمانه (بخش ۲ از ۴۲ CFR) محافظت می‌شود. این مقررات شما را از استفاده یا افشای این سوابق، یا شهادتی که اطلاعات موجود در آن را توصیف می‌کند، در هرگونه رسیدگی مدنی، کیفری، اداری یا قانون‌گذاری توسط مراجع فدرال، ایالتی یا محلی علیه بیمار منع می‌کند؛ مگر با رضایت بیمار، یا در موارد پیش‌بینی‌شده در همچنین مقررات فدرال هرگونه استفاده یا .2.65 یا 42 CFR 2.64 یا با اجازه دادگاه مطابق ،42 CFR 2.12(c)(5) :افشای دیگر این سوابق را ممنوع می‌کند، مگر اینکه حداقل یکی از شرایط زیر برقرار باشد

(۱) استفاده یا افشای بیشتر، صراحتاً با رضایت کتبی فردی که اطلاعات او در این سوابق افشا می‌شود، یا به نحو دیگری طبق بخش ۲ از ۴۲ CFR مجاز باشد.

(۲) شما یک نهاد تحت پوشش قانون یا همکار تجاری آن هستید و این سوابق را برای ارائه خدمات درمانی، پرداخت هزینه‌ها یا امور اجرایی خدمات درمانی دریافت کرده‌اید؛ یا

(۳) شما این سوابق را از یک نهاد تحت پوشش قانون یا همکار تجاری آن، طبق مجوزهای بخش ۱۶۴ از ۴۵ CFR، زیربخش‌های A و E، دریافت کرده‌اید.

مجوز عمومی برای افشای اطلاعات پزشکی یا سایر اطلاعات، برای برآورده کردن الزامات رضایت کتبی جهت استفاده بیشتر یا افشای مجدد این سوابق کافی نیست (به 42 CFR 2.31 مراجعه کنید)

۷. لغو رضایتنامه

حق دارم این فرم رضایتنامه را در هر زمان، با تکمیل این بخش و ارسال درخواست لغو رضایتنامه از طریق پست یا تحویل حضوری به ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود لغو کنم؛ مگر در حدی که ارائه‌دهنده خدمات من یا سایر دارندگان قانونی اطلاعات، قبلاً با اتکا به آن اقدام کرده باشند.

آدرس سازمان ارائه‌دهنده خدمات درمان اختلال مصرف مواد:

نام سازمان: _____
آدرس خیابان (خط ۱): _____
آدرس خیابان (خط ۲: آپارتمان/سوئیت/واحد): _____
شهر، ایالت و کد پستی: _____

پس از دریافت درخواست لغو رضایتنامه من، ارائه‌دهنده خدمات من، اجازه افشای اطلاعات در آینده را لغو خواهد کرد. اطلاعاتی که پیش از دریافت درخواست لغو افشا شده است، قابل بازپس‌گیری نیست.
با امضای زیر، رضایت خود را برای افشای اطلاعات در آینده لغو می‌کنم. می‌دانم هرگونه افشای اطلاعات که پیش از دریافت این درخواست لغو انجام شده است، قابل لغو یا بازپس‌گیری نیست.

نام و امضای مراجع یا نماینده قانونی مراجع:
اگر مراجع نمی‌تواند بنویسد، می‌تواند در خط امضا علامت بگذارد. امضا با علامت به دو شاهد نیاز دارد. یک شاهد باید نام مراجع را در خط مخصوص نام مراجع و نام خود را در یکی از خطوط «نام شاهد با حروف خوانا» بنویسد و در محل تعیین‌شده برای امضای شاهد در زیر امضا کند. شاهد دوم باید نام خود را در خط دیگر «نام شاهد با حروف خوانا» بنویسد و در محل امضای شاهد دوم امضا کند تا امضای مراجع با علامت را تأیید کند.

_____ _____ _____ / _____ / _____
نام خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی) امضا ماه روز سال

اگر نماینده قانونی مراجع امضا می‌کند، نسبت خود با مراجع و اختیار قانونی خود برای این کار را مشخص کند:

_____

نام و امضای شاهدان:

اگر مراجع نمی‌تواند بنویسد و در بالا به‌جای امضا علامت گذاشته است، دو شاهد باید بخش شاهدان را با نوشتن نام خود و امضا در زیر تکمیل کنند.

۱. _____ _____
نام شاهد با حروف خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی) امضا

۲. _____ _____
نام شاهد با حروف خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی) امضا

مراجعانی که فرم رضایتنامه افشای اطلاعات را مستقیماً به SAPC ارائه کرده‌اند، می‌توانند فرم تکمیل‌شده لغو رضایتنامه را از طریق ایمیل امن یا پست به آدرس زیر ارسال کنند. برای تأیید معتبر بودن درخواست، باید یک نسخه از مدرک شناسایی رسمی صادرشده توسط دولت را همراه آن ارائه کنند

. آدرس ایمیل: SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

آدرس پستی SAPC
Substance Abuse Prevention and Control
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

لطفاً توجه کنید: درخواست‌های لغو ارائه‌شده به SAPC از سوی مراجعانی که فرم رضایتنامه افشای اطلاعات را مستقیماً با SAPC تکمیل نکرده‌اند، یا درخواست‌هایی که بدون نسخه‌ای از مدرک شناسایی معتبر صادرشده توسط دولت ارائه شده‌اند، بررسی نخواهند شد.

شهرستان لس‌آنجلس
بهداشت عمومی

نحوه تکمیل فرم رضایتنامه SAPC برای درمان و هماهنگی مراقبت

هدف از رضایت و افشای اطلاعات (بالای فرم)

این بخش مشخص می‌کند **اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد شما با چه کسانی می‌تواند به اشتراک گذاشته شود.** مطمئن شوید انتخاب‌های شما در این قسمت **با بخش ۲ مطابقت داشته باشند.**

مرحله ۱ — توضیحات مربوط به هدف را بخوانید.

۱. این توضیحات بیان می‌کند که فرم، افشای اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد را که تحت حمایت بخش ۲ از ۴۲ CFR قرار دارد، **«برای درمان مراجع و هماهنگی مراقبت»** مجاز می‌کند.

مرحله ۲ — یک یا چند گزینه را انتخاب کنید

۱. یک یا هر دو کادر را علامت بزنید:

الف. **درون شبکه ارائه‌دهندگان خدمات SAPC:** اگر می‌خواهید اطلاعات شما فقط بین ارائه‌دهندگان خدمات درمان اختلال مصرف موادِ طرف قرارداد با SAPC به اشتراک گذاشته شود، این گزینه را انتخاب کنید.

ب. **خارج از شبکه ارائه‌دهندگان خدمات SAPC:** اگر می‌خواهید اطلاعات شما با نهادهای خارج از شبکه (مانند ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه، خدمات سلامت روان، اداره نظارت بر محکومان تحت حکم تعلیقی، یک بیمارستان مشخص، خودتان و غیره) به اشتراک گذاشته شود، این گزینه را انتخاب کنید.

بخش ۱ — اطلاعات مراجع

اطلاعات شخصی خود را وارد کنید تا SAPC و ارائه‌دهندگان خدمات شما بتوانند پرونده شما را به‌درستی شناسایی کنند.

۱. **نام:** نام کامل قانونی خود را بنویسید (نام خانوادگی، نام و نام میانی).
۲. **تاریخ تولد:** از قالب ماه/روز/سال (MM/DD/YYYY) استفاده کنید.
۳. **شماره مدیکل:** اگر شماره مدیکل دارید، آن را وارد کنید.
۴. **آدرس ایمیل:** ایمیلی را وارد کنید که مرتب بررسی می‌کنید.
۵. **شماره تلفن:** بهترین شماره تلفن برای تماس با شما را وارد کنید.
۶. **چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی (SSN):** فقط چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی خود را وارد کنید. اگر شماره تأمین اجتماعی ندارید یا شماره خود را نمی‌دانید، این قسمت را خالی بگذارید.
۷. **آدرس:** آدرس پستی فعلی شما.
۸. **شماره شناسایی Sage:** اگر شماره پرونده پزشکی خود در سامانه پرونده الکترونیکی سلامت Sage (Sage EHR) را می‌دانید، آن را وارد کنید. در غیر این صورت، این قسمت را خالی بگذارید یا از ارائه‌دهنده خدمات خود بپرسید.

بخش ۲ — نهادهای مجاز به اشتراک‌گذاری اطلاعات سلامت

این بخش مشخص می‌کند، بر اساس انتخاب‌های شما، **چه کسانی می‌توانند اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد شما را مبادله کنند.**

مرحله ۱ — یک یا چند گزینه را انتخاب کنید

گزینه‌هایی را که با نیازهای شما مطابقت دارند، انتخاب کنید:

۱. **کل شبکه ارائه‌دهندگان خدمات SAPC**

الف. اگر می‌خواهید ارائه‌دهنده خدمات شما بتواند اطلاعات را با تمام شبکه ارائه‌دهندگان خدمات درمان اختلال مصرف مواد SAPC مبادله کند تا مراقبت شما بین سازمان‌های مختلف به‌طور کامل هماهنگ شود، این گزینه را انتخاب کنید.

ب. اگر فقط همین کادر را علامت زده‌اید، می‌توانید به بخش ۳ بروید.

۲. **سازمان‌های منتخب ارائه‌دهنده خدمات SAPC**

الف. اگر می‌خواهید به ارائه‌دهنده خدمات درمان اختلال مصرف مواد خود اجازه دهید اطلاعات را فقط با برخی دیگر از ارائه‌دهندگان مشخص خدمات SAPC مبادله کند، این گزینه را انتخاب کنید.

ب. باید اطلاعات خواسته‌شده را برای هر ارائه‌دهنده خدمات SAPC که می‌خواهید اطلاعات سلامت شما از او درخواست شود یا با او به اشتراک گذاشته شود، وارد کنید.

۳. **خارج از شبکه ارائه‌دهندگان خدمات SAPC**

الف. اگر می‌خواهید اطلاعات شما با نهادهای خارج از شبکه (مانند اداره سلامت روان، اداره خدمات سلامت، پزشک مراقبت‌های اولیه شما، بیمارستان، مدرسه و غیره) به اشتراک گذاشته شود، این گزینه را انتخاب کنید.
ب. باید اطلاعات خواسته شده را برای هر نهادی که می‌خواهید اطلاعات سلامت شما از آن درخواست شود یا با آن به اشتراک گذاشته شود، وارد کنید.

مرحله ۲ — مشخصات نهاد را وارد کنید (در صورت لزوم)

برای هر ارائه‌دهنده خدمات SAPC یا نهاد خارج از شبکه که به آن اجازه می‌دهید، لطفاً موارد زیر را وارد کنید:

- **نام نهاد** (نام کامل؛ از نوشتن نام به‌صورت اختصاری خودداری کنید)
- **آدرس** (آدرس پستی کامل)
- **شماره تلفن** (همراه با پیش‌شماره منطقه)
- **شماره فکس** (اگر می‌دانید)
- **ایمیل** (اگر می‌دانید)
- **وبسایت** (اختیاری)

مرحله ۳ — در صورت نیاز، صفحات اضافی اضافه کنید

اگر بیش از سه نهاد دارید، فرم «فهرست تکمیلی افراد/نهادهای مجاز برای افشای اطلاعات (ROI)» را برای درج نهادهای اضافی تکمیل کنید و آن را به انتهای این فرم رضایتنامه اضافه کنید.

بخش ۳ — محدوده افشای اطلاعات

این بخش مشخص می‌کند **چه اطلاعاتی** می‌تواند استفاده یا افشا شود.

مرحله ۱ — یک گزینه را انتخاب کنید

- □ **کل پرونده سلامت من:** اگر می‌خواهید کل پرونده مربوط به اختلال مصرف مواد شما برای هماهنگی مراقبت در دسترس باشد، این گزینه را انتخاب کنید.
- □ **سایر:** اگر می‌خواهید اطلاعاتی را که به اشتراک گذاشته می‌شود محدود کنید، این گزینه را انتخاب کنید.

مرحله ۲ — در صورت انتخاب «سایر»، دقیقاً مشخص کنید چه اطلاعاتی می‌تواند افشا شود

تا حد امکان دقیق بنویسید تا ارائه‌دهندگان خدمات بدانند چه اطلاعاتی مجاز است.

مثال‌ها:

- «فقط تاریخ‌های درمان»
- «فقط ارزیابی و تشخیص»
- «فهرست داروها»
- «مدرک شرکت در برنامه»
- «فقط گزارش‌های پیشرفت»

بخش ۴ — سایر اطلاعات مهم

هر بخش را با دقت بخوانید.

- **انقضا:** این فرم رضایتنامه یک سال پس از تاریخ امضای آن منقضی می‌شود، مگر اینکه تاریخ انقضای دیگری مشخص شده باشد یا رضایتنامه لغو شود. اگر می‌خواهید فرم رضایتنامه زودتر یا دیرتر از یک سال پس از تاریخ امضا منقضی شود، تاریخ را در محل تعیین‌شده بنویسید. اگر تاریخ انقضا را مشخص نکنید، ارائه‌دهنده خدمات، تاریخی برابر با یک سال پس از تاریخ امضای فرم رضایتنامه را وارد خواهد کرد.
- **حفاظت از سوابق:** سوابق شما طبق قوانین فدرال، تحت **بخش ۲ از ۴۲ CFR** و **HIPAA** محافظت می‌شود.
- **حق خودداری از امضا:** می‌توانید از امضا خودداری کنید؛ اما در این صورت **سوابق شما افشا نخواهد شد.**
- **حق دریافت نسخه:** می‌توانید یک نسخه از رضایتنامه امضاشده را درخواست کنید.
- **افشای مجدد:** طبق HIPAA، برخی از اطلاعات شما ممکن است در شرایط محدود، توسط سازمان دریافت‌کننده مجدداً افشا شود.
- **حمایت‌های قانونی:** اطلاعات شما بدون رضایت جداگانه نمی‌تواند در رسیدگی‌های قانونی استفاده شود.
- **حق لغو:** می‌توانید این رضایتنامه را در هر زمان لغو کنید. اطلاعاتی که قبلاً به اشتراک گذاشته شده است، قابل بازپس‌گیری نیست.

بخش ۵ — امضای مراجع یا نماینده قانونی

در این بخش، شما رسماً اجازه افشای اطلاعات را می‌دهید.

۱. **نام با حروف خوانا:** نام کامل قانونی شما.
۲. **امضا:** نام خود را امضا کنید.
الف. اگر نمی‌توانید بنویسید، می‌توانید با گذاشتن علامت امضا کنید.
ب. اگر با علامت امضا می‌کنید، **دو شاهد** باید بخش شاهدان را تکمیل کنند.

۳. **تاریخ:** تاریخ امضا را وارد کنید.

۴. **اگر نماینده قانونی امضا می‌کند:**
الف. نسبت خود با مراجع را مشخص کند (مثلاً والدین، سرپرست و غیره).
ب. اختیار قانونی خود را مشخص کند (مثلاً حکم دادگاه، قیمومت و غیره).

۵. **بخش شاهدان** فقط اگر مراجع با علامت امضا می‌کند، یا فرد زیر سن قانونی است و به رضایت والدین، سرپرست یا نماینده قانونی خود نیاز دارد دو شاهد باید:
- نام خود را خوانا بنویسند
- نام خود را امضا کنند

اگر **نماینده قانونی** امضا می‌کند، باید نسبت خود با مراجع و اختیار قانونی خود برای این کار را مشخص کند. اگر مراجع **با علامت امضا می‌کند**، دو شاهد باید نام خود را خوانا بنویسند و امضا کنند.

اگر برای مشاوره یا درمان اختلال مصرف موادِ فرد زیر سن قانونی، رضایت والدین، سرپرست یا نماینده قانونی لازم باشد، فرم رضایتنامه باید هم توسط فرد زیر سن قانونی و هم توسط والدین، سرپرست یا نماینده قانونی امضا شود. والدین، سرپرست یا نماینده قانونی باید نام کامل خود را خوانا بنویسند و در اولین خط امضا در بخش ۵ «امضای مراجع یا نماینده قانونی»، امضا و تاریخ را درج کنند. همچنین باید نسبت خود با مراجع را در خط زیر اولین خط امضا بنویسند. فرد زیر سن قانونی باید نام خود را خوانا بنویسد و در محل امضای شاهد اول امضا کند.

بخش ۶ — اطلاعیه همراه با اطلاعات افشاشده

این اطلاعیه حفظ اطلاعات محرمانه، که طبق بخش ۲ از ۴۲ CFR الزامی است، همراه با اطلاعات شما ارسال خواهد شد. در این بخش نیازی به نوشتن نیست. «اطلاعیه همراه با اطلاعات افشاشده» اطلاعیه‌ای برای حفظ اطلاعات محرمانه است که همراه با سوابقی ارسال می‌شود که با امضای این فرم، اجازه افشای آن‌ها داده شده است. این اطلاعیه به دریافت‌کننده اعلام می‌کند که سوابق دریافتی تحت حمایت قوانین ایالتی و فدرالِ حفظ اطلاعات محرمانه قرار دارد و نمی‌توان آن‌ها را با نهادهای دیگری که این فرم رضایتنامه به آن‌ها اجازه نداده است، به اشتراک گذاشت.

بخش ۷ — لغو رضایتنامه

این بخش را **فقط زمانی تکمیل کنید که می‌خواهید رضایت خود را لغو کنید (یعنی برای آینده).**

مرحله ۱ — اطلاعات ارائه‌دهنده خدمات

اطلاعات زیر را درباره ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود وارد کنید:
- **نام سازمان**
- **آدرس پستی کامل**

مرحله ۲ — امضای لغو رضایتنامه

۱. **نام خود را خوانا بنویسید.**
۲. **امضا کنید (یا علامت بگذارید).**
۳. **تاریخ لغو رضایتنامه را درج کنید (ماه/روز/سال چهاررقمی).**
۴. اگر **نماینده قانونی** امضا می‌کند، **نسبت خود با مراجع و اختیار قانونی خود** برای این کار را مشخص کند.
۵. اگر فرم را مستقیماً به SAPC ارسال می‌کنید، لطفاً برای تأیید هویت خود، **یک نسخه از مدرک شناسایی صادرشده توسط دولت** را همراه آن ارسال کنید.

مرحله ۳ — شاهدان (اگر مراجع با علامت امضا می‌کند، یا فرد زیر سن قانونی است ، به رضایت والدین، سرپرست یا نماینده قانونی خود نیاز دارد)

دو شاهد، یا فرد زیر سن قانونی، باید نام خود را خوانا بنویسند و امضا کنند.

مرحله ۴ — ارسال لغو رضایتنامه

اگر در ابتدا رضایتنامه را مستقیماً به SAPC ارسال کرده‌اید، می‌توانید فرم لغو رضایتنامه را به روش‌های زیر ارسال کنید:
- **از طریق ایمیل امن** به (باید یک نسخه از مدرک شناسایی صادرشده توسط دولت را نیز همراه آن ارسال کنید) SAPC-HIM@ph.lacounty.gov
- **از طریق پست** به آدرس SAPC درج‌شده در فرم

لطفاً فرم‌های لغو رضایتنامه را طبق دستورالعمل‌های درج‌شده در فرم، برای ارائه‌دهنده خدمات خود، سازمان مربوطه یا SAPC ارسال کنید.

تعاریف تکمیلی

مجوز / رضایتنامه

سندی کتبی و امضاشده که تمام الزامات بخش ۲ از ۴۲ CFR را رعایت می‌کند، از جمله:

- هدف از افشا
- چه کسی می‌تواند اطلاعات را افشا کند
- چه کسی می‌تواند اطلاعات را دریافت کند
- چه اطلاعاتی می‌تواند به اشتراک گذاشته شود
- انقضا
- امضا و تاریخ

هر فرم افشای اطلاعات (ROI) در SAPC به‌گونه‌ای طراحی شده است که این الزامات را متناسب با هدف خاص خود رعایت کند.

هماهنگی مراقبت

ارتباط و همکاری بین ارائه‌دهندگان خدمات برای پشتیبانی از درمان مراجع، ارجاع‌ها، مدیریت پرونده و تداوم مراقبت.

مراجع

فردی که خدمات مربوط به اختلال مصرف مواد (SUD) را دریافت می‌کند. مراجع کسی است که با امضای فرم افشای اطلاعات (ROI)، ممکن است اطلاعات سلامت محافظت‌شده (PHI) او به اشتراک گذاشته شود.

نهاد

هر سازمان، مؤسسه، ارائه‌دهنده خدمات، دادگاه، وکیل یا فردی که اجازه دریافت یا افشای اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد را دارد. مثال‌ها:
ارائه‌دهندگان خدمات SAPC، اداره خدمات سلامت (DHCS)، طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده، دادگاه‌ها، اداره نظارت بر محکومان تحت حکم تعلیقی و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه.

رسیدگی‌های قانونی

هر فرایند کیفری، مدنی، اداری یا قانون‌گذاری که در آن ممکن است اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد درخواست شود یا علیه مراجع استفاده شود. مثال‌ها:
جلسات رسیدگی دادگاه، نظارت بر محکومان تحت حکم تعلیقی، پرونده‌های رفاه کودکان و جلسات رسیدگی برای تعیین مزایای تأمین اجتماعی.

نماینده قانونی

فردی که قانوناً اجازه دارد از طرف مراجع تصمیم بگیرد.
مثال‌ها:

- قیم منصوب‌شده توسط دادگاه
- سرپرست قانونی
- والدین فرد زیر سن قانونی. این افراد فقط در صورتی می‌توانند فرم افشای اطلاعات (ROI) را امضا کنند که مدارکی برای اثبات اختیار قانونی خود داشته باشند.

استاندارد حداقل اطلاعات ضروری

طبق تعاریف HIPAA، فقط کمترین میزان اطلاعات لازم برای تحقق هدف رضایتنامه می‌تواند به اشتراک گذاشته شود.

پرداخت و امور اجرایی خدمات درمانی

فعالیت‌های اداری لازم برای صدور صورتحساب، پرداخت هزینه‌ها یا مدیریت خدمات مربوط به اختلال مصرف مواد، از جمله:

- صدور صورتحساب مدیکل
- بررسی واجد شرایط بودن
- بررسی استفاده از خدمات
- بهبود کیفیت
- حسابرسی‌ها و بررسی رعایت مقررات

افشای مجدد

هرگونه به اشتراک گذاشتن اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد پس از افشای اولیه. طبق بخش ۲ از ۴۲ CFR، افشای مجدد **مجاز است**، به‌جز برای رسیدگی‌های قانونی.

لغو رضایتنامه

مراجع حق دارد در هر زمان رضایت خود را پس بگیرد. پس گرفتن رضایت، افشای اطلاعاتی را که قبلاً در زمان اعتبار رضایتنامه انجام شده است، لغو نمی‌کند. لغو رضایت باید به‌صورت کتبی باشد یا با تکمیل بخش لغو رضایتنامه در فرم افشای اطلاعات (ROI) انجام شود.

پرداخت‌کننده شخص ثالث

هر نهادی به‌جز خود مراجع که مسئول پرداخت یا بازپرداخت هزینه خدمات مربوط به اختلال مصرف مواد است. مثال‌ها: مدیکل، اداره خدمات سلامت (DHCS)، طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده و بیمه خصوصی.

ارائه‌دهنده خدمات درمانی / شبکه ارائه‌دهندگان خدمات SAPC

هر برنامه درمان اختلال مصرف مواد که با SAPC شهرستان لس‌آنجلس قرارداد دارد؛ از جمله برنامه‌های درمان سرپایی، درمان اقامتی، درمان وابستگی به مواد افیونی (OTP)، مدیریت علائم ترک و پشتیبانی از بهبودی.

شاهد

فردی که شاهد امضای فرم افشای اطلاعات (ROI) توسط مراجع **با گذاشتن علامت** است (زمانی که مراجع نمی‌تواند امضا بنویسد). برای اینکه این علامت معتبر محسوب شود، دو (۲) شاهد باید نام خود را خوانا بنویسند و امضا کنند.