

MSSP - التفويض باستخدام المعلومات الصحية المحمية والكشف عنها

اسم المشارك: _____ رقم MSSP: _____

أفوض بموجب هذا برنامج MSSP للحصول على المعلومات التالية الخاصة بي وإصدارها واستخدامها والإفصاح عنها والمحمية بموجب القوانين الفيدرالية و/أو قوانين الولاية و/أو القوانين المحلية لكي يتسنى لبرنامج MSSP تحديد أهليتي للحصول على خدمات برنامج MSSP، وتوفير إدارة الرعاية والتقييم الصحي/النفسي الاجتماعي، وأداء المهام الإدارية ذات الصلة.

وصف المعلومات الصحية المحمية الخاصة بالمشارك لاستخدامها أو الكشف عنها. ضع علامة أمام جميع الأجوبة التي تنطبق.

الإصابات أو الأمراض أو الحالات المرضية الجسدية

الأمراض أو الحالات العقلية (النفسية أو العقلية)

تعاطي الكحول و/أو إدمان المخدرات

المساعدة النقدية أو مزايا Medi-Cal أو الخدمات الاجتماعية والصحية الأخرى المتلقاة

أخرى (إذا تم تحديدها، يجب أن تصفها): _____

الكشف عن مقدمي الخدمات. ضع علامة أمام جميع الأجوبة التي تنطبق. في حالة وضع علامة بالمرجع، قم بتوفير اسم مقدم الخدمات.

مقدمو الخدمات والمرافق الطبية: _____

مقدمو الخدمات الاجتماعية: _____

برنامج (برامج) Medi-Cal، بما في ذلك خدمات الدعم في المنزل (IHSS): _____

مقدمو خدمات الدعم المجتمعي: _____

المؤسسات المالية ومقدمو الخدمات المالية: _____

أخرى (اذكر نوع واسم مقدم الخدمات): _____

أخرى (اذكر نوع واسم مقدم الخدمات): _____

الكشف عن الأفراد. ضع علامة أمام جميع الأجوبة التي تنطبق. في حالة وضع علامة بالمرجع، قم بتوفير العلاقة واسم الفرد.

تستخدم المعلومات الصحية المحمية الخاصة بالمشارك أو الكشف عنها للغرض (الأغراض) التالية من جانب برنامج
:MSSP

تحديد أهلية المشاركين لبرنامج MSSP، لإدارة رعايتهم، ولتقييمهم الصحي/النفسي، وللأغراض الإدارية من جانب الموظفين.

أفهم أن لدي الحقوق التالية فيما يتعلق بهذا التفويض:

1. [Name of MSSP site] نظرًا لأن متلقي المعلومات الصحية المحمية لا يجوز له الكشف عن المعلومات ما لم يحصل [Name of MSSP site] على إذن آخر مني أو ما لم يكن الكشف مسموحًا به بموجب القانون.
 2. قد لا يُطلب مني التوقيع على هذا التفويض كشرط للحصول على العلاج (أي الخدمات) أو السداد أو أهليتي للحصول على المزايا.
 3. سيزودني [Name of MSSP site] بنسخة من هذا التفويض.
 4. يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إرسال إشعار كتابي موقع بالإلغاء بالبريد أو تسليمه شخصيًا إلى [Name of MSSP site]. سيكون هذا الإلغاء ساريًا عند استلامه، باستثناء الحد الذي يكون فيه [Name of MSSP site] قد اتخذ بالفعل إجراء بالاعتماد على هذا التفويض. سيظل هذا الإلغاء ساري المفعول حتى أصرح كتابيًا بالإفراج عن المعلومات الصحية المحمية، باستثناء الحالات التي يشترط فيها القانون أو يسمح فيها بالإفراج عن المعلومات الصحية المحمية.
 5. أدرك أن هذا التفويض سينتهي تلقائيًا بعد عامين (2) من تاريخ هذا التفويض بغض النظر عن أي إلغاء آخر قد أطلبه.
 6. لن يقوم [Name of MSSP site] باستخدام المعلومات الصحية المحمية أو الكشف عنها لأغراض التسويق أو تلقي تعويض عن استخدام معلوماتي الصحية المحمية أو الكشف عنها.
- سنتتهي صلاحية هذا التفويض في [specific date] أو عامين (عامين) من تاريخ التوقيع. وإذا اقتضى الأمر إلغاء إذن مقدم الخدمة أو الإذن الفردي قبل تاريخ انتهاء الخدمة، فيجب تحديد تاريخ انتهاء الخدمة بجوار مقدم الخدمة/الفردي.

أقبل بهذا وأوافق عليه:

_____ التاريخ

_____ التوقيع

_____ الاسم بحروف واضحة

في حالة التوقيع من جانب الممثل الشخصي:

_____ الهاتف

_____ العنوان

_____ صلة القرابة