

نموذج موافقة المريض لمنظمة مشاركة مقدمة للرعاية (“ ”)

لقد تلقت الوثيقة المقدمة تحت عنوان "Brooklyn Health Information Exchange" صحيفة حقائق تعليمية" والتي توضح أسلوب عمل ("BHIX") Brooklyn Health Information Exchange، وكيفية إدارتها له، والكيفية التي يمكنني من خلالها السماح للمستشفيات ودور رعاية المسنين ووكالات الرعاية المنزلية والجهات الأخرى المقدمة للرعاية والمشاركة في BHIX بالحصول على المعلومات الطبية الخاصة بي. وأعي أنه في حالة توقيعي على هذا النموذج كممثل قانوني للمريض أن كافة الإشارات المستخدمة في هذا النموذج ومنها "أنا" أو "الخاص بي" تعود على المريض.

وأن كل منظمة مشاركة مقدمة للرعاية ("الجهة المشاركة المقدمة للرعاية") تتولى رعايتي، يجب عليها أن تحصل على موافقتي بصورة منفصلة قبل أن تحصل على المعلومات الطبية الخاصة بي من خلال BHIX. وأن [] جهة مقدمة للرعاية مشاركة في BHIX. وأدرك أنني إذا منحت الموافقة أدناه، فإنني بموجب ذلك أسمح لـ []، بما في ذلك كافة الأشخاص المعتمدين من قبل [] باستخدام BHIX، بالحصول على المعلومات الطبية الخاصة بي من خلال BHIX.

1. **الغرض:** أعلم أن المعلومات الطبية الخاصة بي سوف يتم استخدامها فقط لتقديم العلاج الطبي لي وتقييم وتحسين جودة الرعاية الطبية المقدمة من قبل [] إلى مرضاها.
2. **أنواع المعلومات:** إنني أدرك أن هذه الموافقة تسمح لـ [] بالحصول على كافة المعلومات الطبية الخاصة بي، على سبيل المثال لا الحصر، المعلومات الحساسة المتعلقة بما يلي:
 - فيروس ومرض الإيدز
 - الأمراض أو الاختبارات الوراثية
 - الأمراض التي تنقل عن طريق الاتصال الجنسي
 - الصحة العقلية
 - علاج إدمان الكحوليات أو المخدرات
 - تنظيم الأسرة
3. **مصادر المعلومات الصحية:** ترد المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال BHIX من مجموعة متنوعة من المصادر ("مصادر المعلومات الصحية"). وتتضمن مصادر المعلومات الصحية الجهات المشاركة المقدمة للرعاية، وجهات أخرى مقدمة للرعاية الصحية (مثل الصيدليات والمختبرات السريرية)، وشركات التأمين الصحي، وبرنامج New York State Medicaid ومنظمات أخرى معنية بتبادل المعلومات الصحية. ويمكنك الاطلاع على قائمة كاملة بمصادر المعلومات الصحية الحالية عبر زيارة الموقع www.bhix.org. علماً بأن هذه القائمة تتغير بين الحين والآخر نظراً لاستمرار BHIX في النمو.
4. ونتيجة هذه الموافقة لـ [] إمكانية الحصول على المعلومات الطبية التي أدرجت قبل وبعد تاريخ توقيعي على هذا النموذج. إنني أدرك أن المعلومات المتعلقة بي قد نقشتها [] فقط بالحد الذي تسمح به القوانين والنظم المعمول بها. إنني أدرك أنه إذا قمت بمنح الموافقة، فإن موافقتي ستظل سارية إلى أن أسحبها في يوم ما أو تتوقف BHIX عن ممارسة عملها، أيهما يحدث أولاً.
5. وأعلم أن بمقدوري إذا ما غيرت رأبي ورغبت في سحب الموافقة أن أوقع على نموذج سحب الموافقة. وفي حالة سحبي للموافقة، لن تظل [] قادرة على الحصول على المعلومات الطبية الخاصة بي من خلال BHIX بشكل روتيني إلى أن أوافق مرة أخرى وذلك باستكمال وتوقيع نموذج جديد لموافقة المريض. وأن سحب الموافقة لن يؤثر على المعلومات الطبية التي تم تقديمها في الوقت الذي كانت فيه موافقتي سارية المفعول.
6. وأدرك أنني في حالة رفضي الموافقة أدناه، فلن نتاح لـ [] إمكانية الحصول على المعلومات الطبية من خلال BHIX —حتى في حالات الطوارئ.
7. وأعلم أن قرار المشاركة في BHIX هو قرار طوعي. وأنه لا يحق لأية جهة من الجهات المشاركة المقدمة للرعاية أن ترفض منحي الرعاية الطبية وأن استحقاقي التأميني لن يتأثر برفض الموافقة على المشاركة في BHIX.
8. وأعلم أنني سأحصل على نسخة من هذا النموذج بعد توقيعي عليه.

بموجب هذا: أرفض الموافقة أوافق

لـ [] بالحصول على جميع المعلومات الطبية الخاصة بي من كافة مصادر المعلومات الصحية من خلال BHIX.

تاريخ ميلاد المريض

اسم المريض كتابة

التاريخ

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

صلة الممثل القانوني للمريض

اسم الممثل القانوني للمريض كتابة (إن وجد)