

# CONSENT TO SHARE BEHAVIORAL HEALTH INFORMATION

## إعطاء الإذن للإفصاح عن المعلومات الصحية السلوكية ومشاركتها مع الغير

### Michigan Department of Health and Human Services

يجب استخدام هذا النموذج لإعطاء إذنك للإفصاح عن المعلومات ومشاركتها مع الغير أو لسحب إذنك بشأن:

- خدمات الصحة العقلية (النفسية) والسلوكية الخاصة بك. وسيُشار إليها فيما بعد في هذا النموذج بـ "الصحة السلوكية".
- المعلومات الخاصة بك بشأن التشخيص والإحالة والعلاج لاضطراب تعاطي الكحول أو المواد المُخدّرة. وسيُشار إليها فيما بعد في هذا النموذج بـ "اضطراب تعاطي المواد المُخدّرة".

سيتمّ الإفصاح عن هذه المعلومات ومشاركتها مع الغير لأجل المساعدة في تشخيص احتياجاتك الصحية ومعالجتها وإدارة شؤونها وتسديد تكاليفها. الأسباب التي تدعو إلى الحاجة لهذا النموذج

عندما تتلقّى الرعاية الصحية، يقوم كلّ من مقدّم الرعاية الصحية الخاص بك وخطة التغطية الصحية التابع إليها بالاحتفاظ بسجلات عن صحتك والخدمات التي تتلقّاها. وتصبح هذه المعلومات المُحتفظ بها جزءاً من سجلك الطبي. وبموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية، لا يحتاج مقدّم الرعاية الصحية الخاص بك وخطة التغطية الصحية التابع لها الحصول على إذنك للإفصاح عن معظم أنواع المعلومات الصحية الخاصة بك ومشاركتها مع الغير لأجل معالجتك أو تنسيق شؤون رعايتك أو الحصول على أجورهم لقاء تقديم الرعاية لك. ولكن قد يحتاج كل واحد منهما إلى الحصول على إذنك للإفصاح عن سجلاتك الخاصة بالصحة السلوكية أو اضطراب تعاطي المواد المُخدّرة ومشاركتها مع الغير.

#### تعليمات

يجب عليك استكمال تعبئة القسم الأول والثاني والثالث والرابع لأجل إعطاء إذنك لهذا الشأن.

يجب عليك استكمال تعبئة القسم الخامس لأجل سحب إذنك لهذا الشأن.

يجب عليك توقيع النموذج بعد استكمال تعبئته، ثم إعطائه إلى مقدّم الرعاية الصحية الخاص بك. ويمكن لمقدّم الرعاية الصحية أن يعطيك نسخة منه للاحتفاظ بها.

#### القسم الأول: معلومات عنك:

الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	تاريخ التوقيع
-------------	-----------------------------	--------------	---------------	---------------

#### القسم الثاني: من يمكنه الاطلاع على المعلومات الخاصة بك وكيف يمكنهم الإفصاح عنها ومشاركتها مع الغير

A. تبادل المعلومات بين الأفراد والمنظمات

دعنا نعرف من يمكنه الاطلاع على السجلات الخاصة بك بشأن الصحة السلوكية واضطراب تعاطي المواد المُخدّرة والإفصاح عنها ومشاركتها مع الغير. ينبغي عليك أن تدرج بالتحديد أسماء مقدّمي الرعاية الصحية وخطط التغطية الصحية وأفراد الأسرة أو غيرهم. ويمكنهم مشاركة سجلاتك مع الأشخاص أو المنظمات المدرجة أدناه.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

B. تبادل المعلومات إلكترونياً

تتبادل مراكز أو شبكات تبادل المعلومات الصحية السجلات مع بعضها ذهاباً وإياباً إلكترونياً. يساعد هذا النوع من المشاركة الأشخاص المشاركين في رعايتك الصحية؛ وتساعدهم على تقديم رعاية أفضل وأسرع وأكثر أمناً واكتمالاً لك. قد يكون مقدّم الرعاية الصحية الخاص بك وخطة التغطية الصحية التابع لها قد أدرجا بالفعل هذه المنظمات أدناه.

اختر خياراً واحداً فقط:

[ الإفصاح عن المعلومات الخاصة بي ومشاركتها مع الغير عبر المنظمات المدرجة أدناه. سيتمّ الإفصاح عن هذه المعلومات ومشاركتها مع الأفراد والمنظمات المدرجة في القسم الثاني - أ (2a).

[ عدم الإفصاح عن المعلومات الخاصة بي ومشاركتها مع الغير عبر المنظمات المدرجة أدناه.

[ الإفصاح عن المعلومات الخاصة بي عبر المنظمات المدرجة أدناه ومشاركتها مع جميع مقدّمي الرعاية القائمين على علاجي في الماضي والحاضر والمستقبل. إذا قمت باختيار هذا الخيار، فيمكنني أن أطلب قائمة بأسماء مقدّمي الرعاية الذين اطلعوا على سجلاتي.

#### (لاستخدام مقدم الرعاية الصحية أو خطة التغطية الصحية فقط)

For Health Care Provider or Health Plan Use Only. List all health information exchanges or networks:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

#### القسم الثالث: ما المعلومات التي تريد أن يتمّ الإفصاح عنها ومشاركتها مع الغير

اختر خياراً واحداً فقط:

الإفصاح عن جميع المعلومات الموجودة في سجلات الصحة السلوكية وتعاطي المواد المخدرة الخاصة بي ومشاركتها مع الغير. لا يشمل هذا "ملاحظات العلاج النفسي" (Psychotherapy Notes) الخاصة بي.

الإفصاح فقط عن المعلومات الموجودة في أنواع سجلات الصحة السلوكية وتعاطي المواد المخدرة المدرجة أدناه ومشاركتها مع الغير. على سبيل المثال، الأسباب التي تدعو إلى معالجتني، أسماء الأدوية الموصوفة لي، نتائج التحاليل المخبرية، وما إلى ذلك.

2.

1.

4.

3.

6.

5.

#### القسم الرابع: موافقتك وتوقيعك

اقرأ البيانات أدناه، ثم وقع اسمك على النموذج وتاريخه.

بتوقيع اسمي أدناه على هذا النموذج، أفهم:

- أنني أقوم بإعطاء إذني للإفصاح عن المعلومات الموجودة في سجلات الصحة السلوكية وتعاطي المواد المخدرة الخاصة بي ومشاركتها مع الغير. وهذا يشمل الإحالات والخدمات المعنية بشؤون اضطرابات الإدمان على الكحول وتعاطي المواد المخدرة، كما يجوز الإفصاح عن معلومات أخرى ومشاركتها مع الغير.
- لا يتحتم عليّ استكمال تعبئة هذا النموذج. وإذا لم أقم باستكمال تعبئته، فلا يزال بإمكانني الحصول على العلاج أو التأمين الصحي أو المزايا. ولكن، بدون هذا النموذج، قد لا يكون بين أيدي مقدم الرعاية الصحية الخاص بي أو خطة التغطية الصحية التابع إليها كافة المعلومات اللازمة لعلاجي.
- سيتم الإفصاح عن المعلومات الموجودة في السجلات الخاصة بي المُدرجة أعلاه في القسم الثالث ومشاركتها مع الغير لأجل المساعدة في تشخيص احتياجاتي الصحية وعلاجها وإدارة شؤونها وتسديد أجورها.
- يجوز أن يتم الإفصاح عن المعلومات عن السجلات الخاصة بي ومشاركتها مع الأشخاص أو المنظمات على النحو المذكور في القسم الثاني.
- يجوز الإفصاح عن أنواع أخرى من المعلومات الصحية الخاصة بي ومشاركتها مع الغير إضافة إلى سجلات الصحة السلوكية وتعاطي المواد المخدرة الخاصة بي. بموجب القوانين السارية المفعول، لا يحتاج مقدم الرعاية الصحية الخاص بي والخطة الصحية التابع لها إلى الحصول على إذني للإفصاح عن معظم أنواع المعلومات الصحية الخاصة بي ومشاركتها مع الغير لأجل معالجتني أو تنسيق شؤون رعايتي أو الحصول على أجور لقاء تقديم الرعاية لي.
- لا يعطي هذا النموذج إذني للإفصاح عن "ملاحظات العلاج النفسي" (Psychotherapy Notes) ومشاركتها مع الغير.
- يمكنني أن أسحب إذني بشأن الإفصاح عن المعلومات الموجودة في سجلات الصحة السلوكية وتعاطي المواد المخدرة الخاصة بي ومشاركتها مع الغير في أي وقت كان. وأفهم أنه لا يمكن استعادة السجلات التي سبق فعلاً الإفصاح عنها ومشاركتها مع الغير استناداً إلى إذن سابق أعطيته لذلك الشأن. وينبغي عليّ تبليغ جميع الأفراد والمنظمات المُدرجة في هذا النموذج إذا قررت أن سحب إذني لهذا الشأن.
- لقد قرأت هذا النموذج. أو قام أحد بقراءته لي بلغة أفهمها. كما تمت الإجابة عن الأسئلة التي طرحتها حول هذا النموذج. ويمكنني الحصول على نسخة من هذا النموذج.
- إن هذا التوقيع صالح لمدة سنة واحدة من تاريخ التوقيع. أو يمكنني أن أختار تاريخاً أبكر من ذلك أو إنهائه بعد وقوع الحدث أو الشرط المدرج أدناه. (على سبيل المثال، عند نهاية علاجي).

التاريخ أو الحدث أو الشرط:

اذكر علاقتك بالشخص الذي أعطى الإذن ثم قم بالتوقيع والتاريخ.

المريض بنفسه/المريضة بنفسها

اسم الوالدة) (كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة)

اسم الوصي (كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة)

اسم الممثل المفوض (كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة)

التاريخ

التوقيع

التاريخ

توقيع الشاهد (إذا كان ذلك مناسباً)

**سحب إذنك وموافقتك**

يجب استكمال تعبئة القسم الخامس إذا لم تعد تريد أن يتم الإفصاح عن المعلومات الموجودة في السجلات الخاصة بك المُدرجة أعلاه في القسم الثالث.

**القسم الخامس: مَنْ لم يعد يستطيع الاطلاع على المعلومات الخاصة بك**

لم أعد أرغب في الإفصاح عن السجلات الخاصة بي ومشاركتها مع الذين تم إدراج أسمائهم في القسم الثاني - أ (a2) والقسم الثاني - ب (b2). وأفهم أنه لا يمكن استعادة أي معلومات سبق فعلاً مشاركتها مع الغير استناداً إلى موافقتي السابقة لذلك. اذكر علاقتك بالشخص الذي يسحب الموافقة ثم قم بتوقيع اسمك والتاريخ.

المريض بنفسه/المريضة بنفسها

اسم الوالدة) (كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة)

اسم الوصي (كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة)

اسم الممثل المفوض (كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة)

التوقيع	التاريخ
توقيع الشاهد (إذا كان ذلك مناسباً)	التاريخ

(لاستخدام مقدم الرعاية الصحية أو خطة التغطية الصحية فقط)

**FOR HEALTH CARE PROVIDER OR HEALTH PLAN USE ONLY****Verbal Withdrawal of Consent**

The individual listed above in Section 1 has taken away his/her consent.

List this individual who requested the withdrawal below, then sign and date.

The individual listed above in Section 1.

Parent (print name) \_\_\_\_\_

Guardian (print name) \_\_\_\_\_

Authorized Representative (print name) \_\_\_\_\_

Print name of person who received the verbal withdrawal

Signature

Date

**Other Information for Health Care Providers and Health Plans**

This form cannot be used for a release of information form any person or agency that has provided services for domestic violence, sexual assault, stalking, or other crimes. See the FAQ for providers and other organizations at [www.michigan.gov/bhconsent](http://www.michigan.gov/bhconsent).

**Additional Identifiers (optional)**

Medicaid

Last four digits of Social Security Number

**Form Copy (optional, choose one option)**

The individual in Section 1 **received** a copy of this form.

The individual in Section 1 **declined** a copy of this form.

لن تميّز Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو المعلومات الجينية، أو الجنس، أو التوجّه الجنسي، أو الهوية الجنسية التي يتصورها الشخص لنفسه أو التعابير الجنسية التي يعطيها الشخص عن نفسه، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة والعجز.

**AUTHORITY (السلطة):** إن هذا النموذج مقبول لدى MDHHS باعتباره متوافقاً مع القوانين التالية: CFR Part 2 42 (الجزء الثاني من الباب 42 من مدونة الأنظمة الفيدرالية) و PA 258 of 1974 (قانون ميشيغان العام رقم 258 لسنة 1974)، و MCL 330.1748 (القوانين المجمعّة لولاية ميشيغان رقم 330.1748) و PA 368 of 1978 (قانون ميشيغان رقم 368 لسنة 1978) و MCL 333.1101 et seq (القوانين المجمعّة لولاية ميشيغان رقم 333.1101 وما يليه)، و PA 129 of 2014 (قانون ميشيغان العام رقم 129 لسنة 2014)، و MCL 330.1141a (القوانين المجمعّة لولاية ميشيغان رقم 330.1141a). استكمال تعبئة هذا النموذج ورده إلينا: طوعي وعائد لك إلا أنه مطلوب إذا طُلب الإفصاح عن السجلات والمعلومات.