

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCMI): غیر 1 AB 133 (نسخه 2.0)

فرم «ASCMI»: «فرم غیر AB 133» می‌تواند برای تأیید اشتراک‌گذاری داده‌ها برای افراد ساکن کالیفرنیا که معیارهای استفاده از فرم ASCMI را ندارند، استفاده شود: AB 133. این شامل تمام افرادی می‌شود که:

1. در طرح مراقبت‌های مدیریت‌شده‌ی Medi-Cal ثبت‌نام نکرده‌اید.
2. عدم دریافت خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medi-Cal.
3. درگیر سیستم حقوقی کیفری که واجد شرایط دریافت مزایای مدیکل پیش از آزادی است، نباشد.

می‌خواهد به هماهنگی خدمات بهداشتی و اجتماعی شما کمک کند تا بتوانید زندگی سالم‌تری داشته باشید. شریک مراقبتی شما ممکن است از شما بخواهد که فرم را امضا کنید، زمانی که به رضایت شما برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات شما با سایر افراد یا سازمان‌هایی که از آنها مراقبت یا خدمات دریافت می‌کنید، نیاز داشته باشد. این فرم به منظور صدور مجوز برای انتشار عمومی اطلاعات شما در مواردی که برای هماهنگی مراقبت‌های شما لازم نیست، طراحی نشده است. برای جزئیات بیشتر در مورد هدف از اشتراک‌گذاری اطلاعات و اینکه چه کسانی می‌توانند اطلاعات شما را به اشتراک بگذارند و دریافت کنند، لطفاً به زیر مراجعه کنید.

این فرم ASCMI:

- « توضیح دهید که چه اطلاعاتی در مورد شما ممکن است برای کمک به هماهنگی مراقبت از شما به اشتراک گذاشته شود.
- « توضیح دهید که چگونه ممکن است اطلاعات شما به اشتراک گذاشته شود و مورد استفاده قرار گیرد.
- « برای به اشتراک گذاشتن انواع خاصی از اطلاعاتتان، از شما اجازه بگیرد. انواع اطلاعات در بخش 3.1 فرم ASCMI فهرست شده‌اند.

بند 1 از ماده 133 قانون اساسی به لایحه شماره 133 مجلس کالیفرنیا اشاره دارد.

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCEMI): غیر AB 133 (نسخه 2.0)

اطلاعات مشتری

نام مشتری: _____ (ل/اسد/زور/مام) دلوته خیراته _____

آدرس پستی، شهر/ایالت، کد پستی ²: _____

آدرس محل سکونت، شهر/استان، کد پستی (اختیاری): _____

شماره تلفن (اختیاری): _____ آدرس ایمیل (اختیاری): _____

آیا به شرکای مراقبتی خود اجازه می‌دهید از طریق پیامک یا تماس تلفنی با شما تماس بگیرند؟ شریک مراقبتی شما ممکن است با شما تماس بگیرد تا در مورد گزینه‌های رضایت شما صحبت کند و در صورت منقضی شدن رضایت شما، به شما اطلاع دهد. ³ لطفاً کادر مربوط به انتخاب خود را در زیر علامت بزنید:

بله (شماره تلفن باید در بالا وارد شود)

فقط تماس تلفنی

فقط متن

پیامک و تماس تلفنی

خیر

اطلاعات شریک مراقبتی

این باید توسط شریک مراقبتی تکمیل شود و رضایت مشتری فوق را برای افشای اطلاعات خود دریافت کند.

نام شریک مراقبتی: _____

نام سازمان: _____

شماره شناسه ملی ارائه دهنده (NPI) (در صورت وجود): _____

شماره شناسایی مالیات دهنده (TIN): _____

شماره تلفن: _____ شماره فکس (اختیاری): _____

آدرس پستی، شهر/ایالت، کد پستی: _____

² این می‌تواند هر آدرسی باشد که بتوانید از طریق آن نامه دریافت کنید، از جمله آدرس یک دوست، پناهگاه یا یکی از اعضای خانواده.
³ این کار ممکن است منجر به اعمال هزینه برای تلفن همراه شما شود.

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCMI): غیر AB 133 (نسخه 2.0)

بخش 1: مروری بر اشتراک‌گذاری اطلاعات شخصی شما

1.1 هدف از اشتراک‌گذاری اطلاعات

اطلاعات شخصی شما که در بخش 3.1 زیر ذکر شده است، ممکن است به دلایل زیادی از جمله موارد زیر به اشتراک گذاشته شود:

- « هماهنگی مراقبت شما. برای مثال، کمک به شما در تعیین وقت ملاقات، کمک به شما در درخواست کمک هزینه مسکن، یا کمک به شما در یافتن یک درمانگر.
- « ارائه خدمات و درمان‌های پزشکی، دندانپزشکی، سلامت روان و اختلال مصرف مواد.
- « دریافت وجه از شرکت بیمه شما برای درمان و خدماتی که به شما ارائه شده است.
- « ارتباط شما با برنامه‌ها، خدمات و منابعی که می‌توانند به بهبود سلامت و تندرستی شما کمک کنند.
- « جمع‌آوری اطلاعات به گونه‌ای که _____ می‌تواند به بهبود مراقبتی که دریافت می‌کنید کمک کند.

2.1 چه کسی می‌تواند اطلاعات شما را به اشتراک بگذارد و دریافت کند؟

شرکای مراقبتی ممکن است اطلاعات شما را به اشتراک بگذارند. شرکای مراقبتی، ارائه دهندگان خدمات و سازمان‌هایی هستند که قبلاً دیده‌اید، اکنون می‌بینید یا ممکن است در آینده ببینید. این شرکای مراقبتی ممکن است شامل موارد زیر باشند:

- « ارائه دهندگان خدمات درمانی، از جمله ارائه دهندگان مراقبت‌های اولیه و ارائه دهندگان خدمات سلامت روان.
- « ارائه دهندگان خدمات درمانی اختلال مصرف مواد، مانند برنامه‌های درمانی مواد افیونی و برنامه‌های درمانی اقامتی.
- « سازمان‌های مبتنی بر جامعه و ارائه دهندگان خدمات به بی‌خانمان‌ها.
- « طرح‌های بیمه سلامت، شامل طرح‌های مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal و طرح‌های سلامت رفتاری.
- « سازمان‌های بهداشت و خدمات انسانی شهرستان.
- « سازمان‌های اطلاعات سلامت واجد شرایط.
- « سازمان‌های بهداشت و خدمات انسانی ایالتی.

3.1 انواع اطلاعات

چه نوع اطلاعاتی برای اشتراک‌گذاری نیاز به رضایت شما دارند؟

انواع مختلفی از اطلاعات وجود دارد که می‌توانید انتخاب کنید آنها را به اشتراک بگذارید یا نگذارید:

- « اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد که توسط CFR 42 بخش 2 محافظت می‌شود.
- « برخی از اطلاعات مربوط به سلامت روان.
- « اطلاعات مربوط به ناتوانی ذهنی و رشدی.
- « نتایج آزمایش اچ‌آی‌وی.

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCMI): غیر AB 133 (نسخه 2.0)

« نتایج آزمایش ژنتیک

« اطلاعات مسکن، شامل وضعیت مسکن، سابقه و پشتیبانی‌های شما.

اطلاعات بیشتر در مورد هر نوع اطلاعات ذکر شده در بالا را می‌توانید در بخش 2.1 این فرم بیابید. شما می‌توانید انتخاب کنید که آیا برای به اشتراک گذاشتن این نوع اطلاعات رضایت می‌دهید یا خیر. وقتی رضایت خود را اعلام می‌کنید، به این معنی است که اجازه می‌دهید این اطلاعات به اشتراک گذاشته شود.

برخی از شرکای مراقبتی شما می‌توانند بدون رضایت شما، از برخی از اطلاعات سلامت و خدمات اجتماعی شما استفاده کرده و آنها را به اشتراک بگذارند:

« باهات رفتار کنه.

« دریافت وجه برای خدمات.

« سازمان آنها را اداره کنید و مراقبت‌های خود را هماهنگ کنید.

چه نوع اطلاعاتی ممکن است بدون رضایت شما به اشتراک گذاشته شود؟

« اطلاعات پزشکی و سلامت روان (به موارد استثنا در زیر مراجعه کنید).

« اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد که تحت حمایت قانون فدرال CFR 42 بخش 2 نیست.

« اطلاعات بیمه سلامت

بخش 2: درخواست اجازه شما

1.2 مجوزهای ویژه

شش مجوز ویژه از شما درخواست شده است:

1. اطلاعات اختلال مصرف مواد
2. اطلاعات شخصی مرتبط با مسکن
3. اطلاعات سلامت روان
4. اطلاعات مربوط به معلولیت ذهنی و رشدی
5. نتایج آزمایش اچ آی وی
6. نتایج آزمایش ژنتیک

برای هر مجوز ویژه، «بله» یا «خیر / شامل من نمی‌شود» را انتخاب کنید.

انتخاب «بله» یا «خیر / شامل من نمی‌شود» به انتخاب شماست. حتی اگر در فرم «خیر» را انتخاب کنید، این موضوع تغییری در واجد شرایط بودن شما برای دریافت مزایا یا توانایی دریافت مراقبت‌ها یا خدمات درمانی ایجاد نخواهد کرد.

« اگر در فرم، گزینه «خیر / شامل من نمی‌شود» را انتخاب کنید، شرکای مراقبتی شما اطلاعاتی را که برای آنها «خیر» یا «شامل من نمی‌شود» انتخاب کرده‌اید، به اشتراک نخواهند گذاشت.

○ اگر تصمیم به امضای فرم نگیرید، شرکای مراقبتی شما اطلاعات شرح داده شده در این بخش را به اشتراک نخواهند گذاشت.

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCFI): غیر AB 133 (نسخه 2.0)

« اگر در فرم «بله» را انتخاب کنید، شرکای مراقبتی شما می‌توانند اطلاعات مهمی در مورد شما به اشتراک بگذارند که به آنها در هماهنگی مراقبت از شما کمک خواهد کرد. همچنین به آنها کمک می‌کند تا شما را راحت‌تر به سایر خدمات متصل کنند.

1. اطلاعات اختلال مصرف مواد

- « برخی از اطلاعات مربوط به مصرف مواد توسط قانون فدرال CFR 42 بخش 2، که معمولاً به عنوان "بخش 2" شناخته می‌شود، محافظت می‌شوند. شریک مراقبتی شما که اختلال مصرف مواد شما را درمان می‌کند، می‌تواند به شما بگوید که آیا اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد شما تحت پوشش قانون 42 CFR Part 2 قرار دارد یا خیر.
 - « شما می‌توانید اجازه دهید اطلاعات تشخیص یا درمان سوءمصرف مواد بخش 2 به اشتراک گذاشته شود تا ارائه‌دهندگان خدمات بتوانند شما را درمان کنند، هزینه خدمات را دریافت کنند، سازمان خود را اداره کنند و مراقبت‌های شما را هماهنگ کنند.
 - « وقتی به اشتراک‌گذاری اطلاعات مربوط به مصرف مواد بخش 2 خود با Medi-Cal، طرح درمانی خود یا یکی دیگر از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اجازه می‌دهید، آنها نیز مجاز هستند آن اطلاعات را با سایر شرکای مراقبتی برای همان اهداف ذکر شده در بالا به اشتراک بگذارند. آنها همچنین ممکن است اطلاعات شما را بدون رضایت شما برای اهداف دیگری که طبق قوانین فدرال و ایالتی مجاز است، به اشتراک بگذارند. آنها نمی‌توانند این اطلاعات را برای اقدامات مدنی، کیفری، اداری و قانونی علیه شما به اشتراک بگذارند.
 - « زمانی که اطلاعات مربوط به مصرف مواد شما در بخش 2 مورد استفاده یا اشتراک‌گذاری قرار گرفت، ممکن است دیگر تحت پوشش بخش 2 نباشد یا به همان شکلی که قبل از استفاده یا اشتراک‌گذاری بود، محافظت نشود. اطلاعات مربوط به مصرف مواد شما در بخش 2 ممکن است توسط قوانین دیگری که از اطلاعات سلامت شما محافظت می‌کنند، محافظت شود.
 - « شما می‌توانید با تماس با ارائه‌دهندگان خدمات اختلال مصرف مواد خود، فهرستی از شرکای مراقبتی که ارائه‌دهنده خدمات اختلال مصرف مواد بخش 2 شما اطلاعات شما را با آنها به اشتراک گذاشته است، دریافت کنید.
- رضایت شما : من به ارائه‌دهندگان خدمات درمانی اختلال مصرف مواد خود اجازه می‌دهم اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد من در گذشته، حال و آینده، از جمله اطلاعاتی که توسط بخش 2 محافظت می‌شود را به اشتراک بگذارند.
- بله / خیر / شامل حال من نمی‌شود

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCMI): غیر AB 133 (نسخه 2.0)

2. اطلاعات شخصی مرتبط با مسکن

اگر به خدمات مسکن نیاز دارید، ممکن است بتوانید از طریق Coordinated Entry کمک دریافت کنید. ورود هماهنگ، سازمان‌های محلی هستند که به هماهنگی خدمات مسکن برای افرادی که به آنها نیاز دارند، کمک می‌کنند. این سازمان‌ها ممکن است برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات مربوط به مسکن شما با سیستم‌های اطلاعات مدیریت بی‌خانمان‌ها و سایر شرکای مراقبتی، مانند ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما، به اجازه شما نیاز داشته باشند. این سیستم‌ها توسط سازمان‌های مسکن برای ارائه و هماهنگی خدمات مسکن و پشتیبانی از مسکن استفاده می‌شوند.

رضایت شما : من به ارائه دهنده خدمات مسکن محلی خود اجازه می‌دهم تا اطلاعات شخصی مربوط به مسکن من، از جمله وضعیت مسکن، سابقه و پشتیبانی‌های من را با سیستم اطلاعات مدیریت بی‌خانمان‌ها و سایر شرکای مراقبتی خود، مانند ارائه دهنده خدمات درمانی من، به اشتراک بگذارد.

بله / خیر / شامل حال من نمی‌شود

3. اطلاعات سلامت روان

رضایت شما برای به اشتراک گذاشتن برخی از اطلاعات سلامت روانتان لازم است. این شامل اطلاعاتی در مورد مراقبت‌های سلامت روان است که ممکن است از ارائه دهنده خدمات در جامعه خود دریافت کرده باشید، مانند سوابق درمان، جزئیات تجویز یا ارزیابی‌ها. همچنین ممکن است شامل اطلاعات سلامت روان باشد اگر در بیمارستان یا موسسه روانی ایالتی یا شهرستانی یا در زمانی که در زندان بوده‌اید، تحت مراقبت قرار گرفته‌اید.

رضایت شما : من به شرکای مراقبتی خود اجازه می‌دهم تا اطلاعات سلامت روان مرا به اشتراک بگذارند.

بله / خیر / شامل حال من نمی‌شود

4. اطلاعات مربوط به معلولیت ذهنی و رشدی

« رضایت شما برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات خاصی در مورد معلولیت‌های ذهنی و رشدی شما لازم است. اینها شرایطی هستند که بر نحوه عملکرد مغز و بدن فرد تأثیر می‌گذارند. آنها معمولاً قبل از سن 22 سالگی شروع می‌شوند و در تمام طول زندگی ادامه دارند. معلولیت‌های ذهنی می‌توانند یادگیری، حل مسئله و انجام کارهای روزانه را چالش‌برانگیزتر کنند. ناتوانی‌های رشدی گروه وسیع‌تری هستند که می‌توانند بر توانایی‌های جسمی، تفکر، زبان و رفتار تأثیر بگذارند. نمونه‌هایی از معلولیت‌های ذهنی و رشدی شامل اوتیسم، سندرم داون، فلج مغزی و صرع است.

« افراد دارای این معلولیت‌ها گاهی اوقات در زندگی به حمایت بیشتری نیاز دارند، اما این موضوع ارزش، مهارت‌ها یا مشارکت‌های فرد در جوامع خود را تغییر نمی‌دهد. هر کسی منحصر به فرد است و مهارت‌ها و نیازهای متفاوتی دارد. به اشتراک گذاشتن اطلاعات مربوط به معلولیت ذهنی و رشدی شما بین سازمان‌های مختلف می‌تواند به این معنی باشد که تمام افراد حامی شما اطلاعات بیشتری در مورد نحوه کمک به شما دارند.

رضایت شما : من به شرکای مراقبتی خود اجازه می‌دهم تا اطلاعات مربوط به معلولیت ذهنی و رشدی من را به اشتراک بگذارند.

بله / خیر / شامل حال من نمی‌شود

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCMI): غیر AB 133 (نسخه 2.0)

5. نتایج آزمایش اچ آی وی

رضایت شما برای به اشتراک گذاشتن هرگونه نتیجه آزمایش اچ‌آی‌وی که ممکن است دریافت کرده باشید با یکی دیگر از شرکای مراقبتی که مستقیماً مراقبت‌های مرتبط با اچ‌آی‌وی را به شما ارائه نمی‌دهد، الزامی است.

رضایت شما : من به شرکای مراقبتی خود اجازه می‌دهم نتایج آزمایش HIV من را به اشتراک بگذارند.

بله / خیر / شامل حال من نمی‌شود

6. نتایج آزمایش ژنتیک

رضایت شما برای به اشتراک گذاشتن نتایج هرگونه آزمایش ژنتیکی که ممکن است دریافت کرده باشید، توسط طرح بیمه درمانی شما، از جمله Medi-Cal، الزامی است. نتایج آزمایش ژنتیک، آزمایش‌های آزمایشگاهی هستند که برای شناسایی بیماری‌های ژنتیکی خاص یا شرایط سلامتی که ممکن است داشته باشید، استفاده می‌شوند.

رضایت شما : من به شرکای مراقبتی خود اجازه می‌دهم نتایج آزمایش ژنتیک من را به اشتراک بگذارند.

بله / خیر / شامل حال من نمی‌شود

2.2 حقوق شما

حقوق شما چیست؟

شما حق دارید:

- « این فرم را امضا کنید.
- « این فرم را امضا نکنید.
- « یک نسخه از این فرم را دریافت کنید.
- « نظرتان را عوض کنید و اجازه‌تان را پس بگیرید.

اگر این فرم را امضا کنید، آیا می‌توانید بعداً نظرتان را تغییر دهید؟

بله، شما حق دارید نظر خود را در مورد اشتراک‌گذاری اطلاعاتتان تغییر دهید، و می‌توانید این رضایت را در هر زمانی تغییر دهید یا پس بگیرید. برای تغییر یا پس گرفتن رضایت خود، با شرکای مراقبتی خود صحبت کنید. شما می‌توانید یک فرم ASCMI جدید را با تغییراتی که می‌خواهید اعمال کنید، تکمیل کنید.

- « هر تغییری که بخواهید ایجاد کنید، در روزی که فرم جدید ASCMI شما امضا شود، اعمال خواهد شد.
- « پس گرفتن رضایت شما تاثیری بر اطلاعاتی که قبلاً با رضایت شما به اشتراک گذاشته شده است، نخواهد داشت.

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCFI): غیر AB 133 (نسخه 2.0)

3.2 امضای شما

با امضای این فرم، شما موارد زیر را درک و موافقت می‌کنید:

- « شرکای مراقبتی شما، که در بخش 1.2 این فرم ذکر شده‌اند، می‌توانند از اطلاعات بهداشتی و شخصی انتخاب شده شما در بالا برای اهداف شرح داده شده در بخش 1.1 این فرم استفاده کرده و آنها را به اشتراک بگذارند.
- « شما همچنین درک می‌کنید که وقتی اطلاعات شما به اشتراک گذاشته می‌شود، قوانین فدرال یا ایالتی ممکن است از به اشتراک گذاشتن مجدد آن اطلاعات محافظت نکنند.

رضایت شما برای به اشتراک گذاشتن اطلاعاتتان تا چه مدت اعتبار دارد؟

- « اگر 18 سال یا بیشتر سن دارید ، این رضایت‌نامه از تاریخ امضای فرم به مدت یک سال اعتبار خواهد داشت.
- « اگر زیر 18 سال سن دارید، رضایت شما از تاریخ امضای فرم به مدت یک سال معتبر خواهد بود. اگر در طول این دوره یک ساله به سن 18 سالگی برسید، یا اگر سرپرستی شما تغییر کند، باید رضایت‌نامه جدیدی ارائه دهید.
- « صرف نظر از سن شما، می‌توانید در هر زمان با استفاده از فرم لغو ASCFI، نظر خود را تغییر داده و رضایت خود را پس بگیرید.

نام شما	امضای شما	تاریخ (ماه/روز/سال)
نام والدین/سرپرست/نماینده قانونی	امضای والدین/سرپرست/نماینده قانونی	تاریخ (ماه/روز/سال)