شهرستان لس‌آنجلس
بهداشت عمومی

دستورالعمل تکمیل فرم رضایتنامه SAPC برای مراحل قانونی

هدف از این فرم رضایتنامه، دادن اجازه کتبی برای انتشار و تبادل اطلاعات سلامت شما، از جمله اطلاعات محافظت‌شده تحت **بخش ۲ قانون ۴۲ CFR** (اطلاعات اختلال مصرف مواد) برای استفاده در مراحل کیفری، حقوقی، قانون‌گذاری یا اداری است و محدود به مراحل قانونی ذکر شده در این فرم رضایتنامه می‌باشد. برای اطلاعات سوءمصرف مواد، هدف از رضایت و افشا باید مشخص و مطابق با الزامات **بخش ۲ قانون ۴۲ CFR** و کلیه قوانین فدرال و ایالتی مربوطه باشد. مجوز شما داوطلبانه است و می‌توانید از امضا خودداری کنید. لطفاً لحظه‌ای وقت بگذارید و دستورالعمل‌های زیر را بخوانید.

هر بخش را با دقت بخوانید

این فرم شامل چندین بخش است که موارد زیر را شرح 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 زمان** اعتبار مجوز
- **حق شما** برای لغو یا محدود کردن اجازه انتشار اطلاعات

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

مشخص کنید چه اطلاعاتی ممکن است منتشر شود

شما می‌توانید نوع یا میزان اطلاعات منتشر شده را محدود کنید. می‌توانید اجازه انتشار موارد زیر را بدهید:

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

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

شما باید موارد زیر را ذکر کنید:

- نوع روند رسیدگی قانونی که اجازه داده‌اید اطلاعات شما در آن استفاده و افشا شود
- شخص یا اشخاص و نهادهای قانونی مجاز به دریافت آن
- برای هر نوع رسیدگی قانونی لازم است یک فرم رضایتنامه SAPC مخصوص رسیدگی‌های قانونی را تکمیل کنید

اگر می‌خواهید چندین سازمان با یکدیگر تبادل اطلاعات کنند، تمام طرفین را ذکر کنید.

حقوق خود را طبق هیپا و ۴۲ CFR بخش ۲ 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 در هر زمان به صورت کتبی یا حضوری **لغو کنید**
- یک نسخه از فرم تکمیل شده **دریافت کنید**
- **محدود کردن** اطلاعات به اشتراک گذاشته شده
- **انتظار محافظت از محرمانگی**، از جمله محدودیت‌های افشای مجدد را داشته باشید

لطفاً به بخش چهارم «سایر اطلاعات مهم» و بخش ششم «اطلاعیه همراه با افشا» برای اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود تحت هیپا و ۴۲ CFR بخش ۲ مراجعه کنید.

انقضای مجوز

این فرم رضایتنامه یک سال پس از تاریخ امضای آن منقضی می‌شود، مگر اینکه تاریخ انقضای متفاوتی را در محل تعیین‌شده وارد کنید یا این رضایتنامه را لغو کنید.

شما می‌توانید تاریخی را مشخص کنید که کمتر از یک سال یا بیشتر از یک سال پس از تاریخ امضای این فرم باشد. اگر تاریخ انقضا را مشخص نکنید، ارائه‌دهنده خدمات ، تاریخی را یک سال پس از تاریخ امضای فرم رضایتنامه وارد خواهد کرد.

لطفاً برای اطلاعات بیشتر درباره حقوق مربوط به مجوز خود، به بخش چهارم «سایر اطلاعات مهم» و بخش هفتم «لغو رضایت» مراجعه کنید.

لغو مجوز

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

در صورتی که رضایت والدین، سرپرست یا نماینده قانونی برای مشاوره یا درمان اختلال مصرف مواد یک فرد زیر سن قانونی لازم باشد، بخش لغو باید توسط فرد زیر سن قانونی **و** والدین، سرپرست یا نماینده قانونی امضا شود. والدین، سرپرست یا نماینده قانونی نام کامل، امضا و تاریخ را در اولین خط امضا در بخش پنجم «امضای موکل یا نماینده قانونی» می‌نویسد و نسبت خود با موکل را در خط زیر اولین خط امضا بیان می‌کند. فرد زیر سن قانونی نام خود را می‌نویسد و در قسمت امضای اولین شاهد امضا می‌کند.

لطفاً برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه لغو مجوز خود به بخش چهارم «سایر اطلاعات مهم» و بخش هفتم «لغو رضایت» مراجعه کنید.

تبادل الکترونیکی و امنیت

تمام افشاگری‌ها، از جمله مواردی که به صورت الکترونیکی انجام می‌شوند، باید با موارد زیر مطابقت داشته باشند:

- الزامات **HIPAA**
- **۴۲ CFR بخش ۲**
- سایر **قوانین محرمانگی** فدرال و ایالتی مربوطه

فرم را امضا و تاریخ بزنید

:کند که‌امضای شما تأیید می

- شما اطلاعات موجود در فرم را **درک می‌کنید**
- شما **اجازه انتشار اطلاعات** شرح داده شده را **می‌دهید**
- شما **حقوق خود** را تحت HIPAA و ۴۲ CFR بخش ۲ **درک می‌کنید**

اگر به عنوان **نماینده قانونی** امضا می‌کنید، باید اختیار خود را برای انجام این کار مشخص کنید. نمونه‌هایی از اختیارات قانونی شامل قیم، مجری اموال، قیم قانونی، والدین، وکیل و یا نزدیک‌ترین خویشاوند است. از شما خواسته می‌شود مدارک بیشتری برای تأیید اختیار یا نسبت خود ارائه دهید.

اگر به عنوان شاهد برای امضای فردی که با گذاشتن علامت امضا می‌کند، امضا می‌کنید، لطفاً بخش مناسب را با اطلاعات خود پر کنید.

در صورتی که رضایت والدین، قیم یا نماینده قانونی برای مشاوره یا درمان اختلال مصرف مواد یک فرد زیر سن قانونی لازم باشد، فرم رضایتنامه باید توسط فرد زیر سن قانونی و والدین، قیم یا نماینده قانونی امضا شود. والدین، قیم یا نماینده قانونی نام کامل، امضا و تاریخ خود را در اولین خط امضا زیر بخش پنجم «امضای موکل یا نماینده قانونی» می‌نویسد و نسبت خود با موکل را در خط زیر اولین خط امضا بیان می‌کند. فرد زیر سن قانونی نام خود را می‌نویسد و در قسمت امضای اولین شاهد امضا می‌کند.

فرم تکمیل‌شده را برگردانید

فرم امضا شده را به ارائه‌دهنده، برنامه یا سازمان مسئول پردازش درخواست خود برگردانید. می‌توانید یک نسخه از آن را برای سوابق خود درخواست کنید.

شهرستان لس‌آنجلس
بهداشت عمومی

پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد

رضایتنامه برای استفاده و افشای اطلاعات سلامت مربوط به اختلال مصرف مواد برای رسیدگی قانونی

هدف رضایت و افشای اطلاعات: این رضایتنامه اجازه می‌دهد اطلاعات محافظت‌شده سلامت مربوط به اختلال مصرف مواد (SUD) در رسیدگی کیفری، مدنی، قانون‌گذاری یا اداری استفاده و افشا شود. این اجازه فقط برای رسیدگی قانونی مشخص‌شده در این فرم است. با تکمیل این فرم، با انتشار اطلاعات محافظت‌شده سلامت مربوط به اختلال مصرف مواد خود برای رسیدگی قانونی مشخص‌شده در زیر موافقت می‌کنید.

نوع رسیدگی قانونی را برای استفاده و افشای اطلاعات سلامت مربوط به اختلال مصرف مواد خود انتخاب کنید.

کیفری مدنی قانون‌گذاری اداری

در صورت وجود، اطلاعات بیشتر (مانند شماره پرونده) مربوط به رسیدگی قانونی را که اجازه استفاده و افشای اطلاعات سلامت اختلال مصرف مواد خود را برای آن می‌دهید، مشخص کنید.

_____

۱. اطلاعات مراجع		
شماره مدیکال:	تاریخ تولد:	نام (نام خانوادگی، نام و نام میانی):
چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی (SSN):	شماره تلفن:	آدرس ایمیل: با ارائه آدرس ایمیل، به SAPC و شبکه ارائه‌دهندگان آن اجازه می‌دهید از طریق ایمیل با شما تماس بگیرند.
شماره شناسه Sage:	آدرس:	

۲. نهادهای مجاز به اشتراک‌گذاری اطلاعات سلامت

به ارائه‌دهندگان درمان فعلی و قبلی خود در شبکه ارائه‌دهندگان SAPC اجازه می‌دهم اطلاعات محافظت‌شده سلامت مربوط به اختلال مصرف مواد من را برای رسیدگی قانونی مشخص‌شده در بالا، با نهادها یا افراد خارج از شبکه که در این بخش نام برده شده‌اند، به اشتراک بگذارند.
نهادها یا افراد مربوط به رسیدگی قانونی را در فضای اختصاص‌داده‌شده در زیر مشخص کنید. اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، لطفاً از مدرک «افراد/نهادهای مجاز تکمیلی برای ارائه اطلاعات (ROI)» برای فهرست کردن نهادها یا افراد دیگر استفاده کنید و آن را به انتهای این 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. حدود افشای اطلاعات

به نهادهای مشخص‌شده در بخش ۲ اجازه می‌دهم اطلاعات محافظت‌شده سلامت مندرج در زیر را به اشتراک بگذارند.

یکی از گزینه‌های زیر را انتخاب کنید

کل پرونده سلامت من

سایر:_____

اطلاعاتی را که برای استفاده و افشا اجازه می‌دهید، مشخص کنید.

۴. سایر اطلاعات مهم

با امضای این رضایتنامه، می‌فهمم که:

انقضای رضایتنامه — این رضایتنامه یک سال پس از تاریخ امضا منقضی می‌شود، مگر اینکه تاریخ انقضای دیگری در خط زیر نوشته شود یا رضایتنامه لغو شود.

اجازه می‌دهم این رضایتنامه در تاریخ _____ / _____ / _____ منقضی شود.

ماه روز سال

- سوابق درمان من برای مصرف الکل و/یا مواد مخدر، طبق مقررات فدرال درباره محرمانگی سوابق بیماران مصرف‌کننده مواد، بخش ۲ از عنوان ۴۲ مجموعه مقررات فدرال (42 CFR Part 2)، و قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه سلامت مصوب ۱۹۹۶ (HIPAA)، بخش‌های ۱۶۰ و ۱۶۴ از عنوان ۴۵ مجموعه مقررات فدرال، محافظت می‌شود. این سوابق بدون رضایت کتبی من قابل افشا نیست، مگر اینکه مقررات اجازه دهند.
- این رضایت اختیاری است. برای دریافت درمان، ثبت‌نام در خدمات یا پرداخت هزینه مراقبت‌های سلامت خود، لازم نیست این رضایتنامه را امضا کنم.
- حق دارم یک نسخه از این رضایتنامه دریافت کنم. نسخه کپی این رضایتنامه به اندازه نسخه اصلی معتبر است.
- **محدودیت‌های افشای مجدد اطلاعات** — اطلاعات افشاشده را نمی‌توان برای رسیدگی‌های مدنی، کیفری، اداری و قانون‌گذاری علیه مراجع دوباره افشا کرد، مگر با یک رضایتنامه جداگانه که فقط برای همین هدف باشد و با بخش ۲ از عنوان ۴۲ مجموعه مقررات فدرال مطابقت داشته باشد.حق دارم این رضایت را هر زمان، به صورت کتبی یا حضوری نزد ارائه‌دهنده درمان مصرف مواد خود، لغو کنم؛ مگر در حدی که ارائه‌دهنده یا دارنده قانونی دیگر اطلاعات، قبلاً با اتکا به این رضایت اقدام کرده باشد. برای لغو کتبی می‌توانم بخش «لغو رضایت» همین فرم را تکمیل کنم. پس از دریافت درخواست لغو، ارائه‌دهنده یا SAPC رضایت را برای انتشار اطلاعات در آینده لغو می‌کند. متوجه هستم که اطلاعات افشاشده پیش از لغو این رضایتنامه قابل بازپس‌گیری نیست و نهادهایی که اطلاعات را دریافت کرده‌اند، ملزم به بازگرداندن یا از بین بردن آن نیستند.

۵. امضای مراجع یا نماینده قانونی

با امضای زیر، تأیید می‌کنم که این رضایتنامه را خوانده‌ام و می‌دانم امضای من اجازه افشای اطلاعات سلامت من را مطابق توضیحات این فرم می‌دهد. 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 روی خط امضا علامت بگذارد. امضا با علامت به دو شاهد نیاز دارد. یک شاهد باید نام مراجع را روی خط مخصوص نام مراجع بنویسد، نام خود را روی یکی از خطوط «نام شاهد» بنویسد و در محل مخصوص امضای شاهد در زیر امضا کند. شاهد دوم باید نام خود را روی خط دیگر «نام شاهد» بنویسد و در محل دیگر امضای شاهد امضا کند تا امضای مراجع با علامت تأیید شود.

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

در صورت امضای نماینده قانونی مراجع، نسبت و اختیار او برای انجام این کار را مشخص کنید:
نام و امضای شاهدان:
اگر مراجع نمی‌تواند بنویسد و در بالا به‌جای امضا علامت گذاشته است، دو شاهد باید با نوشتن نام و امضای خود در زیر، بخش شاهدان را تکمیل کنند.

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

_____ _____
امضا امضا

۶. اطلاعیه همراه با افشای اطلاعات

این پرونده که در اختیار شما قرار گرفته است، تحت حمایت مقررات محرمانگی فدرال (CFR ۴۲ بخش ۲) است. این مقررات، استفاده یا افشای این پرونده یا شهادتی که اطلاعات آن را بیان می‌کند، در هرگونه رسیدگی مدنی، کیفری، اداری یا قانون‌گذاری توسط مقامات فدرال، ایالتی یا محلی علیه بیمار را ممنوع می‌کند؛ مگر با رضایت بیمار، طبق استثنای مقرر در (۵)(c)۲.۱۲ CFR ۴۲، یا با اجازه دادگاه مطابق ۲.۶۴ CFR ۴۲ یا ۲.۶۵. همچنین، مقررات فدرال هرگونه استفاده یا افشای دیگر این پرونده را ممنوع می‌کند، مگر اینکه دست‌کم یکی از شرایط زیر برقرار باشد:

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

(۲) شما یک نهاد مشمول مقررات یا همکار تجاری آن باشید و پرونده را برای درمان، پرداخت هزینه یا انجام امور مراقبت‌های سلامت دریافت کرده باشید؛ یا

(۳) شما پرونده را از یک نهاد مشمول مقررات یا همکار تجاری آن، طبق CFR ۴۵ بخش ۱۶۴، زیربخش‌های A و E، دریافت کرده باشید.

مجوز عمومی برای انتشار اطلاعات پزشکی یا سایر اطلاعات، برای تأمین شرایط لازم رضایت کتبی برای استفاده بیشتر یا افشای مجدد این پرونده کافی نیست (به ۴۲ CFR ۲.۳۱ مراجعه کنید).

۷. لغو رضایت

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

آدرس سازمان ارائه‌دهنده خدمات درمانی مصرف مواد:

نام سازمان: _____

آدرس خیابان (خط ۱): _____

آدرس (خط ۲: آپارتمان/دفتر/واحد): _____

شهر، ایالت و کد پستی: _____

پس از دریافت درخواست لغو رضایت من، ارائه‌دهنده رضایتنامه را برای انتشار اطلاعات در آینده لغو می‌کند. اطلاعاتی که پیش از دریافت درخواست لغو افشا شده‌اند، قابل بازپس‌گیری نیستند.

با امضای زیر، رضایت خود را برای انتشار اطلاعات در آینده لغو می‌کنم. می‌دانم افشای اطلاعات پیش از دریافت این درخواست لغو، قابل باطل کردن یا بازپس‌گیری نیست.

نام و امضای مراجع یا نماینده قانونی مراجع:

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

_____ / _____ / _____ _____ _____

سال روز ماه امضا نام (نام، نام میانی و نام خانوادگی)

در صورت امضای نماینده قانونی مراجع، نسبت و اختیار او برای انجام این کار را مشخص کنید:_____

نام و امضای شاهدان:

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

۱. _____ ۲. _____

نام شاهد (نام، نام میانی و نام خانوادگی) نام شاهد (نام، نام میانی و نام خانوادگی)

_____ _____

امضا امضا

مراجعانی که فرم رضایت برای انتشار اطلاعات را مستقیماً به SAPC ارائه کرده‌اند، می‌توانند فرم تکمیل‌شده لغو رضایت 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 ارسال کنند.

آدرس ایمیل:
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

آدرس پستی :SAPC
پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

توجه: درخواست‌های لغو رضایت ارسال‌شده به SAPC از سوی مراجعانی که فرم رضایت برای انتشار اطلاعات را مستقیماً با SAPC تکمیل نکرده‌اند، یا درخواست‌هایی که بدون نسخه‌ای از مدرک شناسایی معتبر صادرشده توسط دولت ارسال شوند، بررسی نخواهند شد.

شهرستان لس‌آنجلس
بهداشت عمومی

نحوه تکمیل فرم رضایتنامه SAPC برای رسیدگی‌های قانونی

هدف رضایتنامه و افشای اطلاعات (بالای فرم)

این بخش مشخص می‌کند که شما اجازه استفاده از اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد خود را در **چه نوع رسیدگی قانونی** می‌دهید.

مرحله ۱ — نوع رسیدگی قانونی را انتخاب کنید

گزینه‌ای را انتخاب کنید که با موضوع رسیدگی قانونی شما مطابقت دارد و اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد شما در آن استفاده خواهد شد. برای هر نوع رسیدگی قانونی باید فرم جداگانه‌ای تکمیل شود، زیرا ممکن است مراجع برای افشای اطلاعات در رسیدگی‌های مختلف، ترجیحات متفاوتی داشته باشد.

یکی از گزینه‌های زیر را علامت بزنید:

- **کیفری**
- **مدنی**
- **قانون‌گذاری**
- **اداری**

مرحله ۲ — جزئیات بیشتر را اضافه کنید (در صورت وجود)

در خط خالی زیر کادرهای انتخاب، هرگونه اطلاعات شناسایی پرونده را که دارید بنویسید، مانند:

- **شماره پرونده**
- **شعبه دادگاه**
- **شماره پرونده سازمان**
- **تاریخ جلسه رسیدگی**
- **نام بازپرس یا وکیل**

اگر این اطلاعات را ندارید، می‌توانید این قسمت را خالی بگذارید.

بخش ۱ — اطلاعات مراجع

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

۱. **نام:** نام کامل قانونی خود را بنویسید (نام خانوادگی، نام، نام میانی).

۲. **تاریخ تولد:** از قالب ماه/روز/سال (سال چهاررقمی) استفاده کنید.

۳. **شماره مدی-کل:** اگر شماره مدی/کل دارید، آن را وارد کنید.

۴. **آدرس ایمیل:** ایمیلی را وارد کنید که مرتب بررسی می‌کنید.

۵. **شماره تلفن:** مناسب‌ترین شماره 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 این شماره را ندارید یا نمی‌دانید، لطفاً این قسمت را خالی بگذارید.

۷. **آدرس:** آدرس پستی فعلی شما.

۸. **شماره شناسه Sage:** اگر شماره پرونده پزشکی الکترونیکی خود در Sage را می‌دانید، آن را وارد کنید. اگر نمی‌دانید، این قسمت را خالی بگذارید یا از ارائه‌دهنده خدمات خود بپرسید.

بخش ۲ — نهادهای مجاز به اشتراک‌گذاری اطلاعات سلامت

این بخش مشخص می‌کند **چه کسانی می‌توانند اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد شما را** برای رسیدگی قانونی انتخاب‌شده دریافت کنند.

مرحله ۱ — متن اجازه را بخوانید

این متن توضیح می‌دهد که ارائه‌دهندگان فعلی و قبلی خدمات درمانی شما در شبکه SAPC می‌توانند اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد شما را با نهادهای قانونی که فهرست می‌کنید، به اشتراک بگذارند.

مرحله ۲ — هر نهاد یا فرد مربوط به رسیدگی قانونی را فهرست کنید

برای هر نهاد یا فردی که در پرونده شما نقش دارد، اطلاعات زیر را وارد کنید:

- **نام نهاد:**)برای مثال، «دادگاه عالی لس‌آنجلس»، «اداره نظارت بر محکومان»، «وکیل جان اسمیت» یا «رابط دادگاه اداره سلامت روان (DMH)».(
- **آدرس:** (آدرس پستی کامل)
- **شماره تلفن:** (همراه با کد منطقه)
- **شماره فکس:** (در صورت اطلاع)
- **ایمیل:** (در صورت اطلاع)
- **وب‌سایت:** (اختیاری)

مرحله ۳ — در صورت نیاز، صفحات بیشتری اضافه کنید

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

بخش ۳ — حدود 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 تمام پرونده مربوط به اختلال مصرف مواد شما برای رسیدگی قانونی 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 — اگر «سایر» را انتخاب می‌کنید، 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

نیازی به نوشتن چیزی در این بخش نیست. هر قسمت را با دقت بخوانید.

- **انقضا:** این رضایتنامه یک سال پس از تاریخ امضای فرم منقضی می‌شود، مگر اینکه تاریخ انقضای دیگری مشخص شده باشد یا رضایتنامه لغو شود. اگر می‌خواهید رضایتنامه زودتر یا دیرتر از یک سال پس از تاریخ امضا منقضی شود، تاریخ موردنظر را در محل مشخص‌شده بنویسید. اگر تاریخ انقضا را مشخص نکنید، ارائه‌دهنده خدمات تاریخی را وارد می‌کند که یک سال پس از تاریخ امضای رضایتنامه است.

- **حفاظت از اطلاعات:** سوابق شما تحت حمایت قوانین فدرال، یعنی بخش ۲ از ۴۲ CFR و HIPAA، قرار دارد.
- **حق امضا نکردن:** می‌توانید از امضای فرم خودداری کنید، اما در این صورت سوابق شما منتشر نخواهد شد.
- **حق دریافت نسخه:** می‌توانید یک نسخه از رضایتنامه امضاشده درخواست کنید.
- **حمایت‌های قانونی:** اطلاعات شما بدون رضایت جداگانه نمی‌تواند در رسیدگی‌های قانونی استفاده شود.
- **حق لغو رضایت:** می‌توانید این رضایتنامه را در هر زمان لغو کنید. اطلاعاتی که قبلاً به اشتراک گذاشته شده است، قابل پس گرفتن نیست.

بخش ۵ — امضای مراجع یا نماینده قانونی

در این قسمت، به‌طور رسمی اجازه انتشار اطلاعات را می‌دهید.

۱. **نام خوانا:** نام کامل قانونی خود را بنویسید.

۲. **امضا:** امضا کنید.

الف. اگر نمی‌توانید بنویسید، می‌توانید به‌جای امضا علامت بگذارید.

ب. اگر با علامت امضا می‌کنید، دو شاهد باید بخش شاهدان را تکمیل کنند.

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

۴. **در صورت امضای نماینده قانونی:**

الف. نسبت خود با مراجع را مشخص کند (والدین، سرپرست و غیره).

ب. مبنای اختیار قانونی خود را مشخص کند (حکم دادگاه، قیمومت و غیره).

۵. **بخش شاهدان:** فقط در صورتی که مراجع با علامت امضا می‌کند، یا فرد زیر سن قانونی است و رضایت والدین، سرپرست یا نماینده قانونی او لازم است.

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 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، رضایتنامه باید هم به امضای آن فرد و هم به امضای والدین، سرپرست یا نماینده قانونی برسد. والدین، سرپرست یا نماینده قانونی باید نام کامل خود را خوانا بنویسد، در اولین خط امضا در بخش ۵ «امضای مراجع یا نماینده قانونی» امضا و تاریخ را درج کند و نسبت خود با مراجع را در خط زیر آن بنویسد. فرد زیر سن قانونی باید نام خود را در اولین محل امضای شاهد بنویسد و همان‌جا امضا کند.

بخش ۶ — اطلاعیه همراه با اطلاعات افشاشده

این اطلاعیه محرمانه که طبق بخش ۲ از ۴۲ CFR الزامی است، همراه با اطلاعات شما ارائه می‌شود. نیازی به نوشتن چیزی در این بخش نیست. «اطلاعیه همراه با اطلاعات افشاشده» همراه با سوابقی ارائه می‌شود که با امضای این فرم اجازه انتشار آنها را می‌دهید. این اطلاعیه به دریافت‌کننده توضیح می‌دهد که سوابق دریافتی تحت حمایت قوانین ایالتی و فدرال مربوط به حفظ اطلاعات محرمانه است و نمی‌توان آنها را با نهادهای دیگری که در این رضایتنامه مجاز نشده‌اند، به اشتراک گذاشت.

بخش ۷ — لغو رضایت

این بخش را فقط زمانی تکمیل کنید که می‌خواهید رضایت خود را لغو کنید (یعنی در 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 رضایت

۱. **نام خود را خوانا بنویسید.**

۲. **امضا کنید (یا به‌جای امضا علامت بگذارید).**

۳. **تاریخ لغو رضایت را وارد کنید (ماه/روز/سال چهاررقمی).**

۴. اگر نماینده قانونی امضا می‌کند، نسبت او با مراجع و اختیار قانونی او برای این کار را مشخص کنید.

۵. اگر فرم را مستقیماً به SAPC می‌فرستید، برای تأیید هویت خود یک نسخه از مدرک شناسایی صادرشده توسط دولت را نیز اضافه کنید.

مرحله ۳ — شاهدان (اگر با علامت امضا می‌کنید، یا مراجع فرد زیر سن قانونی است و رضایت والدین، سرپرست یا نماینده قانونی او لازم است)

مرحله ۳ — شاهدان (در صورت امضا با علامت یا امضای فرد زیر سن قانونی)

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

مرحله ۴ — ارسال لغو رضایت

اگر رضایتنامه را در ابتدا مستقیماً به SAPC فرستاده‌اید، می‌توانید فرم لغو رضایت را به روش‌های زیر ارسال کنید:

- از طریق ایمیل امن به SAPC-HIM@ph.lacounty.gov (باید یک نسخه از مدرک شناسایی صادرشده توسط دولت را نیز اضافه کنید).
- از طریق پست به آدرس SAPC که در فرم نوشته شده است.

لطفاً طبق دستورالعمل‌های روی فرم، درخواست لغو رضایت را به ارائه‌دهنده خدمات خود، سازمان مربوطه یا SAPC ارسال کنید.

تعاریف تکمیلی

مجوز / رضایت

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

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

هر فرم اجازه انتشار اطلاعات (ROI) در SAPC برای برآورده کردن این الزامات متناسب با هدف مشخص آن طراحی شده است.

هماهنگی مراقبت

ارتباط و همکاری میان ارائه‌دهندگان خدمات برای پشتیبانی از درمان مراجع، ارجاع او، مدیریت پرونده و تداوم مراقبت.

مراجع

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

نهاد

هر سازمان، مؤسسه، ارائه‌دهنده خدمات، دادگاه، وکیل یا فردی که مجاز به دریافت یا افشای اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد است. مثال‌ها: ارائه‌دهندگان خدمات SAPC، اداره خدمات مراقبت سلامت کالیفرنیا (DHCS)، طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده، دادگاه‌ها، اداره نظارت بر محکومان 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 دادگاه، نظارت بر محکومان، پرونده‌های حمایت از کودکان و جلسات رسیدگی برای تعیین مزایای تأمین اجتماعی.

نماینده قانونی

فردی که از نظر قانونی اختیار دارد به‌جای مراجع تصمیم بگیرد. مثال‌ها:

- قیم منصوب دادگاه
- سرپرست قانونی
- والدین فرد زیر سن قانونی؛ این افراد فقط در صورت داشتن مدرکی که اختیار قانونی آنها را تأیید کند، می‌توانند فرم اجازه انتشار اطلاعات را امضا کنند.

استاندارد حداقل اطلاعات ضروری

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

پرداخت و امور اجرایی خدمات درمانی

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

- صدور صورت‌حساب مدیکل
- بررسی شرایط دریافت خدمات
- بررسی استفاده از خدمات
- بهبود کیفیت
- حسابرسی و بررسی رعایت مقررات

افشای مجدد اطلاعات

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 رضایت

مراجع حق دارد در هر زمان رضایت خود را لغو کند. لغو رضایت، افشای اطلاعاتی را که پیش‌تر و در زمان اعتبار رضایتنامه انجام شده است، بی‌اثر نمی‌کند. لغو رضایت باید به‌صورت کتبی انجام شود یا با تکمیل بخش لغو رضایت در فرم اجازه انتشار اطلاعات صورت گیرد.

پرداخت‌کننده شخص ثالث

هر نهادی به‌جز خود مراجع که مسئول پرداخت یا بازپرداخت هزینه خدمات اختلال مصرف مواد است. مثال‌ها: مدیکل، اداره خدمات مراقبت سلامت کالیفرنیا (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 سرپایی، اقامتی، درمان با داروهای افیونی (OTP)، مدیریت ترک مواد و حمایت از بهبودی.

شاهد

فردی که شاهد امضای فرم اجازه انتشار اطلاعات توسط مراجع با علامت است (زمانی که مراجع نمی‌تواند امضا کند). برای معتبر بودن امضا با علامت، دو شاهد باید نام خود را خوانا بنویسند و امضا کنند.