الأحرف الأولى من اسم العميل: _____ التاريخ: _____ / _____ / _____

COUNTY OF LOS ANGELES Public Health

إدارة الوقاية من تعاطي المواد ومكافحتها

الأفراد/الجهات الإضافيون المصرح لهم بتلقي المعلومات الصحية المتعلقة باضطرابات تعاطي المواد المخدرة والإفصاح عنها

الغرض من المستند: هذا النموذج اختياري، وينبغي استخدامه فقط للتصريح لأفراد أو جهات إضافية بمشاركة معلوماتك الصحية المحمية المتعلقة باضطرابات تعاطي المواد المخدرة، بالإضافة إلى الجهات المحددة حاليًا في نموذج الإفصاح عن المعلومات (ROI) المرفق، وذلك وفقًا لما تسمح به أحكام الجزء 2 من الباب 42 من مدونة اللوائح الفيدرالية (42 CFR Part 2). تسري على هذا المستند الأغراض والقيود والشروط الموضحة في نموذج الإفصاح عن المعلومات (ROI) المرفق، بما في ذلك تاريخ سريانه، وتاريخ انتهائه أو أحكام انتهائه، وتاريخ إلغائه. يجب استكمال هذا النموذج وإرفاقه بنموذج الإفصاح عن المعلومات (ROI) المعني عند توقيع نموذج الإفصاح عن المعلومات. لا يجوز إضافة هذا النموذج إلى نموذج إفصاح عن المعلومات (ROI) قائم أو استخدامه معه.

يُرجى تحديد أدناه نموذج الإفصاح عن المعلومات (ROI) الذي ترغب في إضافة أفراد أو جهات مُصرَّح لهم إليه.

☐ نموذج الإذن بالإفصاح عن المعلومات (ROI) لأغراض تنسيق الرعاية والمعالجة الخاص بإدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها (SAPC)

أو ☐ نموذج الإفصاح عن المعلومات (ROI) لأغراض الإجراءات القانونية الخاص بإدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها (SAPC)

1. معلومات العميل			
الاسم (الاسم الأخير، والاسم الأول، والاسم الأوسط):	تاريخ الميلاد:	رقم Medi-Cal:	رقم تعريف Sage:

2. الجهات المصرح لها بمشاركة المعلومات الصحية

يُرجى استخدام الخانات المخصصة أدناه لإدخال بيانات الاتصال الخاصة بالأفراد و/أو الجهات الإضافية التي تُصرّح لها بالإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية المتعلقة باضطرابات تعاطي المواد المخدرة، وفقًا لما هو محدد في نموذج الإفصاح عن المعلومات (ROI) الذي تُرفق به هذا النموذج.

1. اسم الجهة: _____
   العنوان: _____
   رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____
   البريد الإلكتروني: _____ الموقع الإلكتروني: _____

2. اسم الجهة: _____
   العنوان: _____
   رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____
   البريد الإلكتروني: _____ الموقع الإلكتروني: _____

3. اسم الجهة: _____
   العنوان: _____
   رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____
   البريد الإلكتروني: _____ الموقع الإلكتروني: _____

4. اسم الجهة: _____
   العنوان: _____
   رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____
   البريد الإلكتروني: _____ الموقع الإلكتروني: _____