

ولاية ماساتشوستس الاتحادية

إدارة الصحة النفسية

استمارة إقرار باستلام إشعار ممارسات سرية المعلومات

الإسم: _____ رقم بطاقة إدارة الصحة النفسية: _____

المنشأة/الموقع/البرنامج: _____

تسلمت نسخة من إشعار إدارة الصحة النفسية الخاص بسرية المعلومات (الإصدار _____ تاريخ النفاذ _____)

التوقيع: _____ التاريخ: _____

الشخص المعني أو الممثل الشخصي المخول قانوناً باتخاذقرارات الرعاية الصحية

في حالة التوقيع بواسطة ممثل شخصي:

اكتب الإسم بخط واضح: _____ صفتك: _____

(أحد الوالدين، وصي، الخ.)

الشاهد: _____ التاريخ: _____

إذا كان للفرد ممثل شخصي يحمل تخويلاً قانونياً باتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عن الفرد المعني، يجب تسليم الإشعار إلى هذا الممثل الشخصي والحصول منه على استمارة الإقرار باستلامه. وفي حالة عدم توقيع الفرد أو الممثل الشخصي أعلاه، يجب على الموظف توثيق موعد تسليم الإشعار للفرد وكيفية تسليمه له، والسبب في عدم إمكان الحصول على إقرار الاستلام، والجهود التي بُذلت من أجل الحصول عليه.

•	مقابلة وجهاً لوجه
•	بالبريد
•	بالبريد الإلكتروني
<input type="checkbox"/>	بوسيلة أخرى

تم تسليم إشعار سرية المعلومات للشخص المعني في

التاريخ

السبب في عدم توقيع الفرد المعني أو الممثل الشخصي على هذه الاستمارة:

- فضل الفرد المعني أو الممثل الشخصي عدم التوقيع.
- لم يستجب الفرد أو الممثل الشخصي بعد أكثر من محاولة **واحدة**.
- إثبات استلام البريد الإلكتروني
- غير ذلك

الجهود المبدولة بنية حسنة: بُذلت الجهود التالية بحسن نية للحصول على توقيع الفرد المعني، أو الممثل الشخصي حيثما ينطبق ذلك. الرجاء توثيق الجهود التي بذلت للحصول على التوقيع بالتفصيل (مثلاً بذكر التاريخ، والوقت أو الأوقات، والأفراد الذين جرى الكلام معهم، ونتيجة هذه المحاولات). وقد تم بذل أكثر من محاولة **واحدة** في هذا الصدد.

- حالة (حالات) التقديم وجهاً لوجه _____
- الاتصال (ات) التليفونية _____
- رسالة (رسائل بالبريد) _____
- بريد إلكتروني _____
- غير ذلك _____

توقيع الموظف: _____ الوظيفة: _____

الإسم بخط واضح: _____

التاريخ _____

استمارة استلام إشعار إدارة الصحة النفسية الخاص بسرية المعلومات (14-4-2003)

يجب الاحتفاظ بهذه الاستمارة لمدة ست سنوات على الأقل ضمن السجل المناسب وفقاً للتعليمات الواردة بدليل سرية المعلومات لإدارة الصحة النفسية