

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
تصريح لاصدار معلومات العلاج النفسي
من الجانبين

1. المريض / معلومات مقدم الطلب :	
الاسم :	_____ أسماء أخرى: _____
الشارع :	_____ رقم الشقة: _____
المدينة / البلدة :	_____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم التعريف الوطني # :	_____ تاريخ الميلاد: _____
الهاتف :	_____

2. اذن تحرير المعلومات : اعطي ادارة العلاج النفسي (DMH) السماح بتلقي واصدار ملاحظات الجلسات النفسية، من والى الاشخاص، المنظمة او الهيئة المذكورة ادناه، اما شفويا او خطيا	
الشخص، المنظمة او المركز (على سبيل المثال، اسم وعنوان المستشفى، العيادات الخارجية، برنامج الاسكان، وغيرها)	المعلومات الخاصة بـ DMH :
الاسم :	_____ الاسم :
انتباه :	_____ الشارع :
الشارع :	_____ المدينة / البلدة :
المدينة / البلدة :	_____ الولاية / الرمز البريدي :
الولاية / الرمز البريدي :	_____ الهاتف :
الهاتف :	_____ الفاكس :
الفاكس :	_____ البريد الإلكتروني :

3. اشر الى المعلومات التي تريد مشاركتها (ضع علامة على كل ما ينطبق)		
<input type="checkbox"/>	تشخيص الحالة العقلية والعلاج المقدم من الطبيب النفسي، دكتور علم النفس، الممرضة المختصة بالحالات النفسية المرشد الاجتماعي المرخص؛ او اية جهة اخرى مرخصة ومختصة بالعلاج النفسي.	
<input type="checkbox"/>	ملف كامل للحالة العقلية، باستثناء ملاحظات العلاج النفسي التي تتطلب تصريح منفصل.	
<input type="checkbox"/>	ملف الحالة الصحية والعقلية الكامل	<input type="checkbox"/> الخطة الشخصية وتفاصيل الجلسات
<input type="checkbox"/>	ملخص انتهاء الزيارات	<input type="checkbox"/> ملخص النقل
<input type="checkbox"/>	وثائق القبول	<input type="checkbox"/> الفحص الطبي العام
<input type="checkbox"/>	نتائج المختبر	

غير ذلك (يرجى التوضيح) معلومات اضافية: _____

4. تواريخ المعلومات التي تريد مشاركتها: (حدد التواريخ)	
تواريخ المعلومات المطلوبة: من: _____	الى: _____

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
تصريح لاصدار معلومات العلاج النفسي
من الجانبيين

اسم المريض / مقدم الطلب: _____

5. يرجى التحقق للإشارة إلى أنك أعطيت الإذن بنشر المعلومات التالية إذا كانت موجودة في سجلك (ضع علامة على كل ما ينطبق)

الاحرف الاولى من الاسم: _____ نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية (التصريح المطلوب لكل طلب إصدار).

الاحرف الاولى من الاسم: _____ سجلات تعاطي الكحول والمخدرات التي تحميها قواعد السرية الفيدرالية 24 الجزء 2 تحظر القواعد الاتحادية أي إفشاء إضافي لهذه المعلومات ما لم يتم الإفصاح صراحة عن الإفصاح عن طريق إذن خطي من الشخص الذي ينتمي إليه أو كما يسمح به قواعد السرية الفيدرالية 24 الجزء 2 .

6. الغرض من الإصدار: (يجب التحقق من واحد)

استخدام شخصي الرعاية المنسقة إحالة تسهيل الفواتير

الحصول على التأمين أو التمويل أو غير ذلك

غرض آخر (يرجى التحديد): _____

انا افهم ذلك:

- لدي الحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت.
- إذا قمت بإلغاء هذا التفويض ، يجب علي القيام بذلك كذا وتقديمها إلى DMH في عنوان DMH المحدد في الصفحة الأولى أو مكتب قسم الصحة العقلية DMH في منطقتي .(ابحث عن مكاتب منطقة DMH على .
www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory ; اتصل بالرقم 1-800-221-0053 ; أو أرسل بريدًا إلكترونيًا dmhinfo@MassMail.State.MA.US .
- لا يسري الإلغاء على المعلومات التي تم إصدارها بالفعل بموجب هذا التفويض.
- لن يسري الإلغاء على شركة التأمين الخاصة بي عندما يمنح القانون شركة التأمين حق المطالبة بالطعن في المطالبة بموجب بوليصة التأمين الخاصة بي .
- بمجرد إطلاق المعلومات المذكورة أعلاه ، يمكن للمستلم إعادة توزيعها ، وقد لا تتم حماية المعلومات بواسطة قوانين أو لوائح الخصوصية الفيدرالية أو الحكومية .
- الإذن بالكشف عن المعلومات المحددة أعلاه طوعي .
- لست بحاجة إلى التوقيع على هذا النموذج لتلقي العلاج أو الخدمات من DMH و / أو الشخص أو المنشأة أو الوكالة الأخرى ؛ ومع ذلك ، فإن عدم القدرة على مشاركة المعلومات أو الحصول عليها قد يمنع DMH و / أو الشخص أو المرفق أو الوكالة الأخرى من توفير الرعاية المناسبة والضرورية .

تنتهي صلاحية هذا التفويض(حدد تاريخًا أو فترة زمنية أو حدثًا) _____ أو ، إذا لم يتم تحديد أي شيء ، فسوف تنتهي صلاحيتها سنة واحدة من تاريخ التوقيع .

7. التوقيع / التحويل: قم بالتوقيع وتقديم المعلومات كما هو مطلوب أدناه .

X _____
توقيعك أو توقيع الممثل الشخصي _____
تاريخ _____

كتابة اسم الموقع _____
المعلومات التالية مطلوبة إذا وقعت من قبل ممثل شخصي:
نوع السلطة (على سبيل المثال ، المحكمة المعينة ، الوالد الحاضر): _____