

يهدف تصميم برنامج الرعاية الصحية الشاملة للفرد (Whole Person Care, WPC) إلى تحسين النتائج الصحية من خلال تنسيق الرعاية فيما بين الكيانات المشاركة عن طريق تبادل المعلومات. ويلزم الحصول على تفويض منك للسماح بالكيانات المشاركة في برنامج WPC بالوصول إلى المعلومات المتعلقة بك وبرعايتك لتسجيلك في البرنامج. لمزيد من المعلومات عن برنامج WPC، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني: ochealthinfo.com/wpc.

الجزء 1: معلومات العميل/المريض			
اسم العائلة للعميل/المريض	الاسم الأول للعميل/المريض	الحرف الأول من الاسم الأوسط	تاريخ الميلاد
البريد الإلكتروني	رقم تعريف هوية العميل (CIN)	رقم السجل الطبي (MRN)	رقم الهاتف مع رمز المنطقة
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الجزء 2: الكيانات المشاركة التي ستفصح عن هذه المعلومات			
برنامج الرعاية الصحية الشاملة للفرد		العنوان	405 W. 5th Street, Suite 445
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف مع رمز المنطقة
سانتا آنا	كاليفورنيا	92701	(714) 834-5891
الجزء 3: الكيانات المشاركة التي ستتلقى هذه المعلومات			
برنامج الرعاية الصحية الشاملة للفرد		العنوان	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف مع رمز المنطقة
الجزء 4: الغرض من هذا التفويض:			
تنسيق الرعاية مع الكيانات المشاركة في برنامج الرعاية الصحية الشاملة للفرد، وفيما بينها.			
الجزء 5: المعلومات التي يمكن الإفصاح عنها (القسم 5 اختياري)			
أ. أقل قدر من المعلومات لتنسيق الرعاية بين الكيانات المشاركة في برنامج الرعاية الصحية الشاملة للفرد.			
ب. إن مشاركة اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) والنتائج أمر اختياري. ضع الأحرف الأولى من اسمك هنا إذا كنت توافق على مشاركة معلوماتك مع الكيانات المشاركة في برنامج الرعاية الصحية الشاملة للفرد.			
الجزء 6: تاريخ انتهاء صلاحية التفويض			
ما لم يتم الإلغاء كتابةً، تنتهي صلاحية هذا التفويض عند: أيهما أسبق: إلغاء التسجيل في برنامج WPC أو 2020/31/12			
لمراجعتك			
لقد قرأت محتويات هذه الاستمارة. وأدرك، وأوافق، وأسمح لبرنامج الرعاية الصحية الشاملة للفرد في مقاطعة أورانج باستخدام معلوماتي على النحو الوارد أعلاه والإفصاح عنها. وأدرك أيضاً أن التوقيع على هذه الاستمارة أمر طوعي، وباستثناء المشاركة في برنامج WPC، فلن يتأثر علاجي أو المدفوعات أو استحقاق المنافع إذا لم أوقع على هذا التفويض. ويحق لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت كتابةً بإرسال إخطار إلى مسؤول برنامج WPC. ولن يؤثر قرار الإلغاء على حالات الإفصاح عن المعلومات التي قام بها برنامج WPC بالفعل بموجب التفويض. ويحق للمتلقى إعادة الكشف عن المعلومات التي تم الإفصاح عنها بموجب هذا التفويض، والتي لم تعد تخضع المعلومات لحماية قانون الخصوصية الفيدرالي (HIPAA). قد يفرض قانون الولاية المعمول به أو قانون فيدرالي آخر على متلقي المعلومات الحصول على تفويض كتابي منك قبل إعادة الكشف عن المعلومات، ما لم تسمح هذه القوانين بخلاف ذلك. يحق لي الحصول على نسخة من هذه الاستمارة. ويمكن تطبيق رسوم على طلبات معينة. وتتوفر نسخة صالحة من التفويض الأصلي.			
الجزء 7: التوقيع - المشارك أو الممثل الشخصي/الوصي المعين			
		X	
الممثل الشخصي (الاسم بالكامل بخط واضح)		العلاقة الشخصية بالعميل / المريض (مثلاً، الوصي، أو ولي الأمر، وغير ذلك)	
عنوان شارع الممثل الشخصي	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

Disclosures pursuant to this authorization are allowable only among Whole Person Care participating entities
All numbered items must be completed for authorization to be valid