

برنامج الرعاية الصحية الشاملة للفرد (WPC)
التقويض باستخدام المعلومات الصحية المحمية والإفصاح عنها
التقويض باستخدام المعلومات 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.

100.104	ې رو ي: ۱۵،۵۵۱۱۱۱۳۷۴	<u> </u>	ر ج ۱۱۱ در			J. J
						الجزء 1: معلومات العميل/المريض
تاريخ الميلاد	الحرف الأول من الاسم الأوسط		مريض	اسم الأول للعميل/ا	וצ	اسم العائلة للعميل/المريض
	منطقة	رقم الهاتف مع رمز الد	م السجل الطبي (MRN)	(CIN)	رقم تعريف هوية العميل (	البريد الإلكتروني
الرمز البريدي	الولاية		دينة	الم		المعنوان
الجزء 2: الكيانات المشاركة التي ستفصح عن هذه المعلومات						
ج الرعاية الصحية الشاملة للفرد الشاملة للفرد العنوان 405 W. 5th Street, Suite 445						
مز البريدي رقم الهاتف مع رمز المنطقة					الولاية	المدينة
(714) 834-5891 92701					كاليفورنيا	سانتا آنا
		(714)	034-3091 72			
الجزء 3: الكيانات المشاركة التي ستتلقى هذه المعلومات						
			العنوان			برنامج الرعاية الصحية الشاملة للفرد
		مز المنطقة	ي رقم الهاتف مع ر	الرمز البريد	الولاية	المدينة
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 5ب اختياري)						
أ. أقل قدر من المعلومات لتنسيق الرعاية بين الكيانات المشاركة في برنامج الرعاية الصحية الشاملة للفرد.						
1 m. 1						
ب. إن مشاركة اختبارات فيروس نفص المناعة البشرية (HIV)/متلازمة نفص المناعة المحتسبة (AIDS) والتنابج امر اختياري.						
ضع الأحرف الأولى من اسمك هنا إذا كنت توافق على مشاركة معلوماتك مع الكيانات المشاركة في برنامج الرعاية الصحية الشاملة للفرد.						
الجزء <mark>6</mark> : 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						
المراجعتك						
·						
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 أيضًا أن التوقيع على هذه الاستمارة أمر طوعي، وباستثناء المشاركة						
المعلوماتي على اللحو الوارد اعلاه والإقصاح علها. والرك اليصا أن اللوقيع على هذه الاستمارة أمر طوعي، وباستتناء المساركة أُن بينا – MVD فإن يتأثر علام أُن الردة عليها. والرك اليصا أن الذات أنَّة على هذه الاستمارة أمر طوعي، وباستتناء						
في برنامج WPC، فلن يتأثر علاجي أو المدفوعات أو استحقاق المنافع إذا لم أوقع على هذا التفويض. ويحق لي الغاء هذا التفويض في أو المدفوعات التي المتحقاق المنافع إذا لم أوقع على حالات الإفصاح عن المعلومات التي قام التي قام WPC بالفعل بموجب التفويض. ويحق للمتلقي 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 التي المتلق التي المتحقق المتحقومات التي المتحمول به أو قانون فيدرالي المتحقق المتحقومات التي المتحدد التي المتحدد التي التي التي التي التي التي التي التي						
ا في أي وقت حقابة بإرسان إحضار إلى مسوون برقامج ٧٧٢. وثن يوثر قرار الإنعاء على حالات الإفضاح على المعلومات التي قام وما درناه حـ WDC راأه مل دور حرب التقويض ورحق المزاقي العادة الكثيف عن المعلومات التي تم الأفصاح على المعلومات						
ب هدر المعويس . أم قانون فرر ال	م رو قطعت عشها بعوج بن أأه لادة المحمد أي ده	لمعلومات السي ا	(HIDAA) II.	ىسىنى رك مصرية اأورر	عوينص. ويعلى النه النه النه النه النه النه النه النه	بها برنامج ۲۷۲ بالعمل بموجب ال
والتي لم لحد للمعلومات الحصول على تفويض كتابي منك قبل إعادة الكشف عن المعلومات، ما لم تسمح هذه القوانين بخلاف						
ذلك. يحق لي الحصول على نسخة من هذه الأستمارة. ويمكن تطبيق رسوم على طلبات معينة. وتتوفر نسخة صالحة من التفويض						
الأصلي.						
بزء <mark>8</mark> : التاريخ	ال		المعيّن	ے/الو صبی	الممثل الشخص	الجزء 7: التوقيع - المشارك أو
<u>.</u> .				<u> </u>		X
_		ىريض (مثلاً، الوصىي، أو و	لاقة الشخصية بالعميل / الم	حأا		الممثل الشخصي (الاسم بالكامل بخط واضح)
	, <del>-</del> -	. , _ , _				' / #
الرمز البريدي	الولاية		دينة	مأا		عنوان شارع الممثل الشخصي

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