

إذا كنت **ترغب** في أن يتشارك مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بك معلوماتك الصحية عبر استخدام نظام شبكة المعلومات الصحية HealthInfoNet، **فانت لست بحاجة لفعل أي شيء بهذه الاستمارة.**

ما هو HealthInfoNet شبكة المعلومات الصحية ؟

هو نظام كمبيوتر مؤمن يجمع كل معلوماتك الصحية معاً من جميع مقدمي الرعاية الصحية لك في سجل إلكتروني واحد. يتضمن ذلك معلومات عن الأدوية التي تتناولها، أنواع الحساسية التي تعاني منها، نتائج التحاليل الخاصة بك، وغيرها الكثير. إن وجود هذه المعلومات يستطيع ان يساعد مقدمي الرعاية الصحية لك على اتخاذ قرارات أفضل فيما يتعلق برعايتك الصحية. كم أنه يساعد على تلافي الأخطاء، خصوصاً في حالات الطوارئ.

هل تتمتع سجلاتي الصحية بالخصوصية والتأمين؟

يشفر نظام شبكة المعلومات الصحية HealthInfoNet جميع المعلومات ويرسلها عبر وصلات كمبيوتر مؤمنة. أن الجهات القائمة برعايتك الصحية هي فقط التي تستطيع الاطلاع على سجلك الطبي. لمعرفة الأشخاص الذين قاموا بالاطلاع على سجلك الطبي، وتاريخ اطلاعهم عليها، يرجى زيارة www.hinfont.org/audit. وبالطبع لا يوجد نظام مؤمن بشكل تام، ولكن تبذل HealthInfoNet كل ما يمكن فعله للحفاظ على أمن سجلاتكم.

ما الذي يعنيه "الانسحاب"؟

في حالة عدم رغبتك في إضافة معلوماتك الصحية على سجل شبكة المعلومات الصحية HealthInfoNet، قم بتعبئة استمارة الانسحاب أو عدم مشاركة معلوماتك الصحية هذه. لن يؤثر قرارك بالانسحاب على قدرتك على الحصول على الرعاية الصحية. وإذا قررت لاحقاً بأنك ترغب في تسجيل في شبكة المعلومات الصحية HealthInfoNet، فستحتاج للاتصال بـ HealthInfoNet أو بتعبئة استمارة الاشتراك في الخدمة الموجود على موقع شبكة المعلومات الصحية HealthInfoNet في موقع www.hinfont.org/optin.

يرجى تعبئة هذه الاستمارة باللغة الإنجليزية

I choose **not** to share my health information

(انا أختار عدم مشاركة معلوماتي الصحية)

إذا كنت لا ترغب في سجل شبكة المعلومات الصحية HealthInfoNet، املاً هذه الاستمارة وأرسلها بالبريد على العنوان التالي HealthInfoNet 125Presumpscot Street, Box 8, Portland, ME, 04103. أو أرسلها إلينا عبر الفاكس على رقم 207-541-9258-1، أو قم بتعبئة هذه الاستمارة عبر موقع الإنترنت www.hinfont.org/optout.

إذا كانت لديك أية أسئلة، اتصل بـ HealthInfoNet على 1 866-592-4352 أو 207 541 9250، أو راسلنا عبر البريد الإلكتروني info@hinfont.org.

First Name (الاسم الأول) Middle Name (اسم الأب) Last Name (اللقب)

Address (العنوان) City (المدينة) State (الولاية) Zip Code (الرمز البريدي)

Sex: Male (ذكر) Female (أنثى) Date of Birth: ___ / ___ / ___
(تاريخ الميلاد) (أنثى) (ذكر) month / day / year
(سنة / يوم / شهر) Social Security Number – not required
(رقم التأمين الاجتماعي اختياري)

Daytime Telephone (رقم هاتف أثناء النهار)

Email (البريد الإلكتروني)

By signing, I understand that my health information will not be available to providers using HealthInfoNet, even in an emergency.

أقر أنا الموقع أدناه أنني أفهم أن معلوماتي الصحية لن تكون متاحة لمقدمي الرعاية الصحية باستخدام HealthInfoNet، حتى في حالات الطوارئ.

Signature of Patient or Guardian

(توقيع المريض أو الوصي عليه)

Date month / day / year

(التاريخ) (سنة / يوم / الشهر)

This notice is provided as required by Maine State Law. (تم تقديم هذا الإشعار طبقاً لمتطلبات قانون ولاية مين.)