تفويض استخدام والإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية (HIPAA)

التفويض

أُفوِّض بموجب هذا التفويض جميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية، والأطباء، والمستشفيات، والعيادات، والمختبرات، والصيدليات، ومقدمي خدمات الصحة النفسية، ومرافق إعادة التأهيل، ومراكز التصوير الطبي، وشركات التأمين الصحي، وأي جهات أو أشخاص آخرين يحتفظون بمعلوماتي الصحية المحمية(«PHI») ، بالإفصاح عن هذه المعلومات إلى سفارة دولة الكويت – المكتب الثقافي – الولايات المتحدة الأمريكية، بما في ذلك المسؤولين والموظفين المخولين لديها، ومديري الحالات الطبية، ومسؤولي التأمين، والمستشارين القانونيين، والمتعاقدين الذين يعملون نيابةً عنها، وذلك حصراً للأغراض الموضحة في هذا التفويض.

أُفوِّض بالإفصاح عن جميع المعلومات الصحية المحمية الواردة في سجلاتي الطبية، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، السجلات الطبية، والتاريخ الطبي، وسجلات الفحوصات الطبية، وتقارير الاستشارات الطبية، والتقارير التشخيصية والمخبرية، وتقارير التصوير الطبي، وسجلات العلاج، وتقارير العمليات الجراحية، وملاحظات متابعة الحالة، وسجلات الأدوية، وسجلات الفواتير والمدفوعات، ومعلومات المطالبات التأمينية والمزايا التأمينية، وأي سجلات أخرى تتعلق بالرعاية الطبية والعلاج المقدم لي.

ويشمل هذا التفويض جميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية والمنشآت الصحية وشركات التأمين الصحي التي قدمت أو قد تقدم لي الرعاية الطبية أو الخدمات الصحية أو المزايا التأمينية.

ويشمل هذا التفويض، حيثما ينطبق ذلك وبالقدر الذي يسمح به القانون المعمول به، المعلومات المتعلقة بعلاج الصحة النفسية أو السلوكية، وسجلات علاج اضطرابات تعاطي المواد بالقدر الذي تسمح به القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها، والمعلومات المتعلقة بأمراض نقص المناعة البشرية، والمعلومات الوراثية، وأي معلومات صحية حساسة أخرى قد تكون واردة في سجلاتي الطبية.

وأقر بأن بعض فئات السجلات قد تتطلب تفويضًا إضافيًا أو قد تخضع لحماية قانونية إضافية بموجب القوانين الفيدرالية أو قوانين الولاية قبل الإفصاح عنها.

الغرض من الإفصاح

يجوز استخدام المعلومات التي يتم الإفصاح عنها بموجب هذا التفويض للتحقق من تلقي العلاج الطبي، وإدارة الحالة الطبية والتنسيق بشأنها، ومعالجة المدفوعات والمطالبات التأمينية، وإدارة مزايا البعثة والرعاية الصحية المقدمة في إطارها، وتحديد الأهلية للحصول على المزايا الطبية أو التعليمية، والتنسيق مع مقدمي خدمات الرعاية الصحية وشركات التأمين الصحي، وللأغراض القانونية أو الإدارية أو الحكومية المتعلقة بالبعثة، وأي غرض آخر يكون ضروريًا بشكل معقول لإدارة بعثتي والإشراف عليها من قبل المكتب الثقافي.

طريقة الإفصاح

يجوز تقديم المعلومات بأي وسيلة قانونية وآمنة بشكل معقول، بما في ذلك النقل الإلكتروني الآمن، والبريد الإلكتروني المشفر، والبوابات الإلكترونية الآمنة، والبريد العادي أو خدمات البريد السريع، والأقراص المدمجة(CD/DVD) ، ووحدات التخزين المحمولة (Flash Drive)، والفاكس حيثما يسمح القانون المعمول به، والاستلام الشخصي، أو أي وسيلة آمنة أخرى يتم الاتفاق عليها بشكل متبادل.

انتهاء مدة التفويض وإلغاؤه

يظل هذا التفويض ساريًا حتى وقوع أول حدث من الأحداث التالية: تخرجي، أو نقلي أو تغيير مقر بعثتي الدراسية إلى دولة خارج الولايات المتحدة، أو انتهاء دراستي و/أو بعثتي، أو فصلي من البعثة، أو انسحابي منها، أو إنهاء بعثتي لأي سبب من الأسباب وفقًا لأنظمة وسياسات جهة الابتعاث و/أو المكتب الثقافي.

أقر بأنه يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت من خلال تقديم إشعار خطي إلى مقدم/مقدمي خدمات الرعاية الصحية أو الجهة التي تحتفظ بمعلوماتي الصحية المحمية، **باستثناء الإجراءات التي تم اتخاذها بالفعل اعتمادًا على هذا التفويض، على أن أقوم كذلك بإبلاغ المكتب الثقافي كتابيًا بهذا الإلغاء والحصول على تأكيد من المكتب الثقافي باستلام إشعار الإلغاء.**

كما أقر بأنه في حال إلغائي لهذا التفويض، فقد يتعذر على وزارة التعليم العالي ومكتبها الثقافي إدارة أو تنسيق أو التحقق من أو سداد تكاليف الخدمات الطبية أو المزايا التأمينية أو غيرها من المزايا الصحية المرتبطة بالبعثة أو الدراسة.

وبناءً عليه، قد يتم تعليق أو تقييد أو إنهاء أهليتي للحصول على التغطية التأمينية الصحية المقدمة من المكتب الثقافي، أو سداد النفقات الطبية، أو غيرها من المزايا ذات الصلة، وفقًا لأنظمة وسياسات جهة الابتعاث والمكتب الثقافي المعمول بها، **وفي هذه الحالة سأتحمل كامل تكاليف العلاج والنفقات الطبية المترتبة عليّ.**

الطوعية

أقر بأن توقيع هذا التفويض اختياري. وباستثناء ما يسمح به القانون المعمول به، لا يجوز لمقدم خدمات الرعاية الصحية أن يجعل تقديم العلاج أو السداد أو التسجيل أو الأهلية للحصول على المزايا الصحية مشروطًا بتوقيعي على هذا التفويض.

ومع ذلك، أقر بأن المكتب الثقافي يحتاج إلى الوصول إلى معلوماتي الصحية المحمية من أجل إدارة بعثتي، وتنسيق رعايتي الطبية، والتحقق من تلقي العلاج، ومعالجة المطالبات التأمينية، والموافقة على سداد النفقات الطبية، وتحديد أهليتي للحصول على المزايا الصحية المرتبطة بالبعثة.

كما أقر بأنه إذا اخترت عدم توقيع هذا التفويض، أو إذا قمت بإلغائه لاحقًا، فقد يتعذر على المكتب الثقافي توفير التغطية التأمينية الطبية أو الاستمرار فيها، أو سداد النفقات الطبية، أو تقديم أي مزايا صحية أخرى، وفقًا لأنظمة وسياسات وزارة التعليم العالي وجهة الابتعاث، وبالتالي سأتحمل كامل تكاليف العلاج والنفقات الطبية المترتبة عليّ.

الإفصاح اللاحق عن المعلومات

أقر بأن المعلومات التي يتم الإفصاح عنها بموجب هذا التفويض قد لا تظل خاضعة لحماية قاعدة الخصوصية بموجب قانون HIPAAبعد استلامها من قبل الجهة المخولة، وقد يجوز إعادة الإفصاح عنها بالقدر الذي يسمح به أو يتطلبه القانون المعمول به.

نسخة من التفويض

أقر بأن لي الحق في الحصول على نسخة من هذا التفويض بعد توقيعه، وأقر بأنه تم عرض نسخة منه عليّ.

الإقرار

بالتوقيع أدناه، أقر وأؤكد أنني قرأت هذا التفويض بالكامل وفهمت مضمونه، وأُتيحت لي الفرصة لطرح أي أسئلة تتعلق بهذا التفويض، وأفهم حقوقي بموجب قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996(HIPAA) ، وأفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا التفويض وفقًا لما هو موضح أعلاه، وأفهم الآثار المحتملة التي قد تترتب على إلغاء التفويض أو رفض التصريح بالإفصاح عن المعلومات فيما يتعلق بإدارة التأمين الصحي المقدم لي من المكتب الثقافي والمزايا ذات الصلة، مع التأكيد على أن الخصوصية وسرية المعلومات محفوظة وفقا للقانون والأنظمة المعمول بها، ولن يتم مشاركة أو الافصاح عن أي معلومات الا في حدود ما يسمح به القانون وعند الضرورة، وأوقع على هذا التفويض عن علم وإرادة ودون أي إكراه.

اسم المريض أو ولي الأمر: _____

الرقم المدني:_____

تاريخ الميلاد:_____

توقيع المريض أو ولي الأمر: _____

التاريخ: _____

AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (HIPAA)

Authorization

I hereby authorize any and all healthcare providers, physicians, hospitals, clinics, laboratories, pharmacies, mental health providers, rehabilitation facilities, imaging centers, health insurance companies, and any other entities or persons that maintain my Protected Health Information ("PHI") to disclose such information to **Embassy of the State of Kuwait – Cultural Office – USA** ,including its authorized officers, employees, medical case managers, insurance administrators, legal counsel, and contractors acting on its behalf, solely for the purposes described in this Authorization.

I authorize the disclosure of all Protected Health Information contained in my medical records, including, but not limited to, medical records, medical history and physical examination records, consultation reports, diagnostic and laboratory reports, imaging reports, treatment records, surgical reports, progress notes, medication records, billing and payment records, insurance claims and benefits information, and any other records relating to my medical care and treatment. This Authorization applies to all healthcare providers, healthcare facilities, and health insurance companies that have provided or may provide medical care, healthcare services, or insurance benefits to me.

This Authorization also includes, where applicable and to the extent permitted by applicable law, information relating to mental or behavioral health treatment, substance use disorder treatment records to the extent permitted by applicable federal and state law, information related to Human Immunodeficiency infection, genetic information, and any other sensitive health information that may be contained in my medical records. I understand that certain categories of records may require additional authorization or may be subject to additional federal or state legal protections before disclosure.

Purpose of Disclosure

The information disclosed pursuant to this Authorization may be used for verification of medical treatment, medical case management and coordination, payment and insurance processing, administration of sponsorship and healthcare benefits, determination of eligibility for medical or educational benefits, coordination with healthcare providers and health insurance companies, legal, administrative, or governmental purposes related to my sponsorship or studies, and any other purpose reasonably necessary for the administration and management of my sponsorship or supervision by the Cultural Office.

Method of Disclosure

The information may be provided by any lawful and reasonably secure means, including secure electronic transmission, encrypted email, secure electronic portals, mail or courier, CD/DVD,

flash drive, facsimiles where permitted by applicable law, personal pickup, or any other mutually acceptable secure method.

Expiration and Revocation

This Authorization shall remain in effect until the earliest of the following events: my graduation; my transfer or change of scholarship location to a country outside the United States; the completion or termination of my studies and/or scholarship; my dismissal from the scholarship program; my withdrawal from the scholarship program; or the termination of my scholarship for any reason in accordance with the rules and policies of the Ministry of Higher Education, sponsors and/or the Cultural Office.

I understand that I may revoke this Authorization at any time by providing written notice to the healthcare provider(s) or other entity maintaining my Protected Health Information ,**except with respect to actions that have already been taken in reliance upon this Authorization. I must also notify the Cultural Office in writing of the revocation and obtain confirmation from the Cultural Office that the revocation notice has been received.**

I further understand that if I revoke this Authorization, the Embassy of the State of Kuwait and its Cultural Office may be unable to administer, coordinate, verify, or pay for medical services, insurance benefits, or other sponsorship-related healthcare benefits. As a result, my eligibility to receive Embassy-sponsored health insurance coverage, payment of medical expenses, or other related benefits may be suspended, limited, or terminated in accordance with the applicable rules and policies of the Ministry of Higher Education .**In such circumstances, I will be responsible for the full cost of my medical treatment and any related medical expenses.**

Voluntary Authorization

I understand that signing this Authorization is voluntary. Except as otherwise permitted by applicable law, my healthcare provider may not condition my treatment, payment, enrollment, or eligibility for healthcare benefits on whether I sign this Authorization.

However, I understand that the Embassy of the State of Kuwait requires access to my Protected Health Information to administer my sponsorship, coordinate my medical care, verify treatment, process insurance claims, authorize payment of medical expenses ,and determine my eligibility for sponsorship-related healthcare benefits.

I further understand that if I choose not to sign this Authorization, or if I subsequently revoke it, the Embassy may be unable to provide or continue sponsorship-related medical insurance coverage, payment of medical expenses, or other healthcare benefits in accordance with the

rules and policies of the Ministry of Higher Education and the Cultural Office. Consequently, I will be responsible for the full cost of my medical treatment and any related medical expenses.

Potential Redisclosure

I understand that information disclosed pursuant to this Authorization may no longer be protected by the HIPAA Privacy Rule once it has been received by the authorized recipient and may be subject to redisclosure to the extent permitted or required by applicable law.

Copy of Authorization

I understand that I have the right to receive a copy of this signed Authorization, and I acknowledge that I have been offered a copy.

Acknowledgment

By signing below, I certify and acknowledge that I have read and understand this Authorization in its entirety; I have had the opportunity to ask questions concerning this Authorization; I understand my rights under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA); I understand that I may revoke this Authorization as described above; I understand the potential consequences that revocation or refusal to authorize disclosure may have on the administration of my Cultural Office medical insurance and related benefits; No information will be shared or disclosed except as permitted by law and when necessary; and I am signing this Authorization knowingly, voluntarily, and without coercion.

Patient Name (or Legal Guardian): _____

Date of Birth: _____

Civil ID:_____

Patient Signature (or Legal Guardian):_____

Date: _____