HealthInfoNet
شبكة المعلومات الصحية (هلث انفو نت)

"Opt-in" Form for Mental Health or HIV/AIDS Information
استمارة مشاركة المعلومات المتعلقة بالصحة العقلية أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

في حالة عدم رغبتك في مشاركة المعلومات المتعلقة بالصحة العقلية أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز HIV/AIDS (ولم تقم بتعبئة هذه الاستمارة مسبقاً)، **فلا تفعل شيئًا بهذه الاستمارة.** يمكنك دائمًا اختيار دعوة أي من مقدمي الرعاية الصحية للاطلاع على المعلومات الخاصة بك. سيتمكن مقدمى الرعاية الصحية الآخرين من الاطلاع على معلوماتك فى حالات الطوارئ فقط.

في حالة رغبتك في مشاركة معلوماتك المتعلقة بالصحة العقلية أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز HIV/AIDS مع مقدمي الرعاية الصحية لديك باستخدام شبكة المعلومات الصحية HealthInfoNet، يرجى ان تشير في واحد أو أكثر من المربعين التاليين:

☐ I want to share my mental health information with my providers.
انا أرغب في مشاركة معلوماتي المتعلقة بالصحة العقلية مع مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي.

☐ I want to share my HIV/AIDS information with my providers.
انا أرغب في مشاركة معلوماتي المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز HIV/AIDS مع مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي.

في حالة قيامك بالموافقة مسبقاً على مشاركة هذه المعلومات، يمكنك تغيير قرارك هذا. للتوقف عن مشاركة معلوماتك مع مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بك عبر شبكة المعلومات الصحية HealthInfoNet، باستثناء حالات الطوارئ، يرجى ان تشير في واحد أو أكثر من المربعين التاليين:

☐ I do not want to share my mental health information with my providers.
انا لا أرغب في مشاركة معلوماتي المتعلقة بالصحة العقلية مع مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي.

☐ I do not want to share my HIV/AIDS information with my providers.
انا لا أرغب في مشاركة معلوماتي المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز HIV/AIDS مع مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي.

في حالة رغبتك في إزالة **جميع** المعلومات الصحية الخاصة بك من شبكة المعلومات الصحية HealthInfoNet، حتى في حالات الطوارئ، يرجى تعبئة استمارة الانسحاب المتاحة على www.hinfonet.org/optout، أو لدى مقدم الرعاية الصحية الخاص بك.

يرجى تعبئة هذه الاستمارة باللغة الإنجليزية

_____
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) (الجنس)

Date of Birth: __ __ / __ __ / __ __ __ __ (تاريخ الميلاد)
month / day / year (سنة / يوم / شهر)

__ __ __ – __ __ – __ __ __ __
Social Security Number – not required
(رقم التأمين الاجتماعي– أختياري)

_____ *Daytime Telephone* (رقم هاتف أثناء النهار)

_____ *Email* (البريد الإلكتروني)

_____
Signature of Patient or Guardian
(توقيع المريض أو الوصي عليه)

Date (التاريخ) __ __ / __ __ / 20 __ __
(month / day / year (سنة / يوم / الشهر)

To be signed by Healthcare Provider, Notary Public, or HealthInfoNet Staff
(يتم التوقيع من مقدمي الرعاية الصحية أو الموثّق العام أو موظفي شبكة المعلومات الصحية HealthInfoNet)

On _____/_____/20___, I attest that the above signer is personally known to me or established his/her identity by presenting government-issued photo identification.

_____	_____	_____
Signature	**Print Full Name**	**Employer/Organization**

يرجى طلب توقيع أي من أحد مقدمي الرعاية الصحية أو أحد الموثّق العام في المربع أعلاه، مع إطلاعهم على بطاقة هويتك ذات الصورة الصادرة من قبل الحكومة. عند الحصول على التوقيع، يرجى إرسال هذه الاستمارة إلينا على العنوان **HealthInfoNet 125 Presumpscot Street, Box 8, Portland, ME 04103**، أو إرسالها بالفاكس على الرقم **207-541-9258** إذا كانت لديك أية أسئلة أو كنت بحاجة للمساعدة في الحصول على التوقيع اللازم لهذه الاستمارة، اتصل بنا على 866-592-4352 1، أو أرسل لنا عبر البريد الإلكتروني على العنوان info@hinfonet.org.