

## التفويض بالكشف والإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية

<p>اسم المريض:</p> <p>العنوان:</p> <p>المدينة:</p> <p>الولاية:</p> <p>الرمز البريدي:</p> <p>الهاتف خلال فترة النهار:</p> <p>تاريخ الميلاد:</p> <p>الاسم المستعار/اللقب:</p>	<p>معلومات المريض</p>
<p>اسم مُقَدِّم الخدمة/عيادة الرعاية الصحية:</p> <p>العنوان:</p> <p>المدينة:</p> <p>الولاية:</p> <p>الرمز البريدي:</p> <p>الهاتف خلال فترة النهار:</p> <p>رقم الفاكس:</p>	<p>مُقَدِّم الخدمة/عيادة الرعاية الصحية (مَن الذي لديه المعلومات التي تريد أن يتم الكشف عنها؟) يُرجى إدخال مُقَدِّم الخدمة و/أو العيادة بالتحديد.</p>
<p>اسم الطرف المستلم:</p> <p>العنوان:</p> <p>المدينة:</p> <p>الولاية:</p> <p>الرمز البريدي:</p> <p>الهاتف خلال فترة النهار:</p> <p>رقم الفاكس:</p> <p>عناية:</p>	<p>الطرف المستلم (أين تريد إرسال المعلومات؟)</p>
<p><input type="checkbox"/> مجموعة سجلات معينة (السجلات التي تتضمن البيانات الديموغرافية، والسجلات الصحية، وسجلات الفوترة الخاصة بالمريض) - آخر عامين (2).</p> <p><input type="checkbox"/> تاريخ الخدمة أو السجلات المرتبطة بمرض مُحدَّد (حدِّد تاريخ الخدمة أو المرض):</p> <p><input type="checkbox"/> أي وجميع السجلات ضمن مجموعة سجلات معينة - توقيع المريض بالأحرف الأولى:</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك (حدِّد نوع السجل): _</p>	<p>المعلومات المطلوب الكشف عنها (ما الذي تريد إرساله أو الكشف عنه؟ حدِّد المربع المناسب).</p>
<p>قد تتضمن المعلومات الصحية التي يتم الكشف عنها معلومات تتعلق بالصحة النفسية، أو تعاطي الكحول أو المخدرات، أو فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو الإيدز (AIDS)، أو الأمراض المنقولة جنسيًا، أو تنظيم الأسرة. يُرجى تحديد أحد الخيارين التاليين والتوقيع بالأحرف الأولى للكشف عن هذه المعلومات الحساسة التي قد تكون موجودة في سجلاتك أو عدم الكشف عنها: الكشف عنها: <input type="checkbox"/> أو عدم الكشف عنها: <input type="checkbox"/> التوقيع بالأحرف الأولى</p>	<p>الكشف عن معلومات صحية حساسة</p>
<p>الرعاية الصحية: <input type="checkbox"/> الاستخدام الشخصي: <input type="checkbox"/> سبب قانوني: <input type="checkbox"/> التأمين الصحي: <input type="checkbox"/></p> <p>غير ذلك - يُرجى التحديد:</p>	<p>الغرض من الكشف (ما سبب الحاجة إليها؟ ما سبب حاجتك لها؟)</p>
<p>1. الكشف عن السجلات:</p> <p>a. <input type="checkbox"/> في صورة ورقية <input type="checkbox"/> من خلال الاستلام الشخصي <input type="checkbox"/> من خلال الإرسال بالبريد إلى الطرف المستلم <input type="checkbox"/> من خلال الإرسال بالفاكس إلى الطرف المستلم <input type="checkbox"/> رقم الفاكس:</p> <p>b. <input type="checkbox"/> على قرص مضغوط CD/DVD <input type="checkbox"/> من خلال الاستلام الشخصي <input type="checkbox"/> من خلال الإرسال بالبريد إلى الطرف المستلم</p> <p>2. في حالة الاستلام الشخصي، فإن الشخص الذي يستلم السجلات هو <input type="checkbox"/> المريض <input type="checkbox"/> أحد الوالدين/أفراد الأسرة/الأصدقاء <input type="checkbox"/> ممثل قانوني (يجب أن تكون المستندات المناسبة موجودة لدى مركز CHC في الملف)</p> <p>3. اسم الشخص الذي سيستلم السجلات: _____ علاقته بالمريض: _____</p> <p>4. التحقق من هوية الشخص الذي سيستلم السجلات: رخصة القيادة، أو بطاقة كوستكو، أو بطاقة مصرفية مع صورة الهوية.</p>	<p>تعليمات الكشف (كيف ومتى تريد الحصول على المعلومات؟ مَن الذي تريده أن يستلم إذا لم تكن أنت، وهل لدى مركز CHC مستندات صالحة في هذا الشأن في الملف؟)</p>
<p>1. التفويض سار لعام واحد من تاريخ التوقيع ما لم تدجل تاريخًا مختلفًا أو تاريخًا لانتهاء الصلاحية هنا: التاريخ: _____</p> <p>2. لن يكون علاجي، أو الدفع، أو التسجيل، أو الأهلية للحصول على المخصصات مشروطة بالتوقيع على هذا التفويض.</p> <p>3. يجوز لي إلغاء هذا التفويض كتابيًا، في أي وقت، إلا فيما يتعلق بأي إجراء تم اتخاذه استنادًا عليه.</p> <p>أدرك أيضًا أن المعلومات المستخدمة أو التي تم الكشف عنها وفقًا لهذا التفويض ربما تخضع لإعادة الكشف ولا تكون محمية بعد ذلك من قِبَل اللوائح الفيدرالية.</p> <p>4. يتم تحصيل رسوم مقابل بعض النسخ من معلومات الرعاية الصحية، ويجب أن يتم دفعها مقدمًا.</p> <p>5. الفُصْر من سن 13 إلى 17 عامًا: يكون توقيع الأفراد الفُصْر مطلوبًا من أجل الكشف عن معلومات تتعلق بالحالات التالية: الرعاية الإنجابية، مثل وسائل منع الحمل، والحمل (في أي سن)، والأمراض المنقولة جنسيًا (14 عامًا فأكثر)، وتعاطي الكحول/المخدرات (13 عامًا فأكثر)، والصحة النفسية (13 عامًا فأكثر).</p> <p>أوافق على الكشف عن المعلومات الصحية المحمية.</p>	<p>توقيع المريض/الوصي/الوكيل _____</p> <p>سلطة التوقيع نيابة عن المريض (يلزم تقديم مستند) _____</p> <p>التاريخ _____</p>
<p>التفويض بإلغاء الكشف عن المعلومات:</p> <p>توقيع المريض _____</p> <p>التاريخ _____</p>	