

التفويض بالإفصاح عن السجلات الصحية

طريقة الإفصاح عن المعلومات: في العيادة شفهيًا قرص مدمج ورقياً الفاكس (حتى 60 صفحة)

<p>اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____</p> <p>العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____</p> <p>رقم الهاتف المحمول/خلال فترة النهار: _____ رقم هاتف العمل: _____</p>	<p>معلومات المريض</p>
<p>اسم مُقدّم الخدمة أو العيادة: _____</p> <p>العنوان: _____</p> <p>المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____</p> <p>رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____</p>	<p>من</p> <p>يُرجى ذكر المستشفى، أو العيادة، أو مُقدّم الخدمة الذي ترغب أن يرسل السجلات</p>
<p>اسم الشخص الذي سيستلم السجلات: _____</p> <p>العنوان: _____</p> <p>المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____</p> <p>رقم الفاكس: _____ الهاتف خلال فترة النهار: _____</p>	<p>إلى</p> <p>يُرجى ذكر الشخص الذي ترغب في أن يتلقى السجلات</p>
<p>_____ (آخر 3 زيارات) ملخص حديث للرعاية (يشمل قائمة الأدوية، وقائمة المشكلات الصحية، والتاريخ الطبي والفحص البدني، والتحليل، وملاحظات الزيارات، ... إلخ.)</p> <p>_____ (آخر عامين) ملخص الرعاية الذي يشمل قائمة الأدوية، وقائمة المشكلات الصحية، والتاريخ الطبي والفحص البدني، والتحليل، وملاحظات الزيارات، ... إلخ.</p> <p>_____ مجموعة السجلات الكاملة (جميع السجلات) يجب أن يُوقّع المريض بالأحرف الأولى من اسمه: _____</p> <p>_____ (آخر عامين) الأشعة السينية للأسنان و/أو ملخص الرعاية السجل الكامل للأسنان (جميع السجلات): الأحرف الأولى من الاسم _____ (يُرجى التحديد بدقة) غير ذلك _____</p>	<p>المعلومات</p> <p>يُرجى اختيار أحد البنود للإفصاح عن المعلومات</p>
<p>_____ فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز</p> <p>_____ الأمراض المنقولة جنسياً</p> <p>_____ تعاطي المواد المخدرة</p> <p>_____ الصحة النفسية/الرعاية النفسية</p> <p>_____ تبادل المعلومات شفهيًا/تنسيق الرعاية (خاص بالعناصر التي تتضمنها هذه الفئة الحساسة)</p> <p>وفقاً للمادة 290dd-2 (الفقرة "g") من الباب رقم 42 من القانون الفيدرالي للولايات المتحدة (U.S.C.)، تفرض اللوائح الواردة في هذا الجزء قيوداً على استخدام سجلات مرضى اضطرابات تعاطي المواد المخدرة والإفصاح عنها ("السجلات"، على النحو المُحدّد في هذا الجزء) التي يُحتفظ بها في إطار تقديم البرامج العلاجية المشمولة بالجزء الثاني من هذا القانون، إن وُجدت.</p>	<p>السجلات الحساسة</p> <p>يُرجى اختيار السجلات الحساسة التي ترغب في الإفصاح عنها (يجب تحديدها وإلا قد لا يتم تضمينها)</p>
<p>يجب على المُصنّف الذين تتراوح أعمارهم بين 13 و 17 عاماً تقديم تفويض للكشف عن المعلومات الحساسة الواردة أدناه (يُرجى كتابة الأحرف الأولى بجوار فئة السجلات التي ترغب في الإفصاح عنها):</p> <p>_____ وسائل منع الحمل، تنظيم الأسرة والحمل (أي عمر)</p> <p>_____ الحالات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (بما في ذلك الفحوصات) (14 عاماً فأكثر)</p> <p>_____ تعاطي الكحول/المخدرات (13 عاماً فأكثر)</p> <p>_____ الصحة النفسية/الطب النفسي (13 عاماً فأكثر)</p>	<p>موافقة المُصنّف</p>
<p>1. التفويض سار لمدة عام واحد من تاريخ التوقيع ما لم تدخل تاريخاً مختلفاً أو تاريخاً 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 كتابياً، في أي وقت، إلا فيما يتعلق بأي إجراء تم اتخاذه استناداً عليه.</p> <p>4. أدرك أيضاً أن المعلومات المستخدمة أو التي تم الكشف عنها وفقاً لهذا التفويض ربما تخضع لإعادة الكشف ولا تكون محمية بعد ذلك من قبل اللوائح الفيدرالية.</p> <p>5. يتم تحصيل رسوم مقابل بعض النسخ من معلومات الرعاية الصحية، ويجب أن يتم دفعها مقدماً.</p> <p>***** من خلال التوقيع أدناه، فإنني أوافق على الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية.</p> <p>توقيع المريض/الوصي/الوكيل _____ سلطة التوقيع نيابة عن المريض (يلزم تقديم إثبات) _____ التاريخ _____</p> <p>التفويض بإلغاء الإفصاح عن المعلومات: _____ قيع المريض _____ التاريخ _____</p> <p>للاستخدام من قبل الموظفين فقط (يُرجى التوقيع بالأحرف الأولى): _____</p> <p>تم التحقق من اكتمال جميع الأقسام: _____ لقد أكملت جميع الإجراءات: _____</p>	