تصريح لمناقشة
المعلومات الصحية المحمية

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____

أمنح الإذن لمقدم الخدمة أو طاقم الدعم السريري بمناقشة معلوماتي الصحية مع الأشخاص المدرجين أدناه وأسمح للموظفين بترك رسالة مفصلة على هواتفهم:

الاسم: _____ صلة القرابة: _____ رقم الهاتف: _____

الاسم: _____ صلة القرابة: _____ رقم الهاتف: _____

الاسم: _____ صلة القرابة: _____ رقم الهاتف: _____

البنود التي **<u>لا يمكن مناقشتها</u>** بهذه الوثيقة وتتطلب استخدام نموذج إفصاح عن المعلومات هي ما يلي:

- فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز
- الأمراض / العدوى المنقولة جنسيًا (STD/STI)
- تعاطي الكحول / المخدرات
- الصحة النفسية

ملاحظة: يتحمل المريض مسؤولية تحديث هذه المعلومات.

هذه الاستمارة صالحة لمدة **12 شهرًا** من تاريخ توقيعها ويمكن إلغاؤها في أي وقت.

_____ _____

(توقيع المريض) (التاريخ)

** أعرف أن بإمكاني **إلغاء / إبطال** هذا التصريح، كتابيًا، في أي وقت، إلا فيما يتعلق بأي إجراء تم اتخاذه استنادًا عليه. <u>وقعه فقط إذا رغبت في إلغاء / إبطال هذا التصريح.</u>

_____ _____

التوقيع لإبطال التصريح التاريخ