تفويض الإفصاح عن المعلومات الصحية

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

معلومات المريض	اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____ العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ رقم الهاتف المحمول/ خلال فترة النهار: _____ رقم هاتف العمل: _____
المرسل يُرجى ذكر المستشفى، أو العيادة، أو مُقدِّم الخدمة الذي ترغب أن يرسل المعلومات	اسم مُقدِّم الخدمة أو العيادة: _____ العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____
المستلم يُرجى ذكر الشخص الذي ترغب في أن يستلم السجلات	اسم الشخص الذي سيستلم السجلات: _____ العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ رقم الفاكس: _____ الهاتف خلال فترة النهار: _____
المعلومات يُرجى اختيار أحد البنود للإفصاح عن المعلومات	____ **(آخر 3 زيارات)** ملخص حديث للرعاية (يشمل قائمة الأدوية، وقائمة المشكلات الصحية، والتاريخ الطبي والفحص البدني، والتحاليل، وملاحظات الزيارات، وما إلى ذلك. ____ **(آخر عامَين)** ملخص الرعاية الذي يشمل قائمة الأدوية، وقائمة المشكلات الصحية، والتاريخ الطبي والفحص البدني، والتحاليل، وملاحظات الزيارات، وما إلى ذلك. ____ مجموعة السجلات **الكاملة** (جميع السجلات) **يجب أن يُوقِّع المريض بالأحرف الأولى من اسمه:** _____ ____ **(آخر عامَين)** الأشعة السينية **للأسنان** و/أو ملخص الرعاية السجل **الكامل** للأسنان (جميع السجلات): **الأحرف الأولى من الاسم** _____ ____ غير ذلك _____ (يُرجى التحديد)
معلومات حساسة المعلومات الحساسة الأولية التي ترغب في الإفصاح عنها (في كلا المربعين؛ **يجب** وضع الأحرف الأولى من اسمك وإلا **فلن** يتم تضمينها)	_____ فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز _____ الأمراض المنقولة جنسيًا _____ تعاطي المواد المخدرة _____ الصحة النفسية/ الرعاية النفسية _____ زيارات الأخصائيين الاجتماعيين وفقًا للمادة **2-dd290 (الفقرة "g") من الباب رقم 42** من القانون الفيدرالي للولايات المتحدة (U.S.C.)، تفرض اللوائح الواردة في هذا الجزء قيودًا على استخدام سجلات مرضى اضطرابات تعاطي المواد المخدرة والإفصاح عنها ("السجلات"، على النحو المُحدَّد في هذا الجزء) التي يُحتفظ بها في إطار تقديم البرامج العلاجية المشمولة بالجزء الثاني من هذا القانون، إن وُجدت.	معلومات محددة سيتم مناقشتها أو الإفصاح عنها التقييمات (التوقيع بالأحرف الأولى والتاريخ) _____ ملاحظات المتابعة/ التقدم المحرز (التوقيع بالأحرف الأولى والتاريخ) _____ أهداف العلاج (التوقيع بالأحرف الأولى) _____ حضور المواعيد (التوقيع بالأحرف الأولى) _____ تنسيق الرعاية (التوقيع بالأحرف الأولى) _____ غير ذلك (يُرجى التحديد) _____
موافقة القاصر المعلومات الأولية التي ترغب في الإفصاح عنها (**يجب** التوقيع بالأحرف الأولى وإلا **فلن** يتم تضمينها)	**يجب على القاصرين** (الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و17 عامًا) وضع التوقيع بالأحرف الأولى للإفصاح عن: _____ وسائل منع الحمل، الحمل (في أي عمر) _____ فحص الأمراض المنقولة جنسيًا (13 عامًا فأكثر) _____ فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (بما في ذلك الاختبار) (14 عامًا فأكثر) _____ تعاطي الكحول/ المخدرات (13 عامًا فأكثر) _____ الصحة النفسية/الطب النفسي (13 عامًا فأكثر)

1. **التفويض ساري لمدة عام واحد من تاريخ التوقيع ما لم تدخل تاريخًا مختلفًا أو تاريخًا لانتهاء الصلاحية هنا: التاريخ: _____**
2. **لن يكون علاجي، أو الدفع، أو التسجيل، أو الأهلية للحصول على المخصصات مشروطة بالتوقيع على هذا التفويض.**
3. **يجوز لي إلغاء هذا التفويض كتابيًا، في أي وقت، إلا فيما يتعلق بأي إجراء تم اتخاذه استنادًا إليه.**
4. **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.**
5. **يتم تحصيل رسوم مقابل بعض النسخ من معلومات الرعاية الصحية، ويجب أن يتم دفعها مقدمًا.**

******* من خلال التوقيع أدناه، فإنني أوافق على الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية.**

_____ _____ _____

توقيع المريض **نيابة عن المريض (الوالد، أو الوصي، أو المحامي - يلزم تقديم إثبات)** **التاريخ**

التفويض بإلغاء الإفصاح عن المعلومات: _____ _____

توقيع المريض التاريخ

للاستخدام من قِبَل الموظفين فقط (يُرجى التوقيع بالأحرف الأولى):

تم التحقق من اكتمال جميع الأقسام: _____ لقد أكملت جميع الإجراءات وأرسلت السجلات: _____