

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

إذن استخدام المعلومات الصحية أو الكشف عنها

قد يؤدي عدم تقديم جميع المعلومات إلى إبطال هذا الإذن

إذن الحصول على نسخ من السجل الطبي: ☐ ورقية ☐ إلكترونية ☐ غير ذلك: _____

معلومات المريض

اسم المريض (الاسم الأول، الأوسط، اسم العائلة) (يرجى الكتابة بحروف واضحة): _____

تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/العام): _____ الهاتف: _____

عنوان الشارع: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

من الذي تريد أن تطلب السجلات منه؟

اسم مقدم أو منشأة الرعاية الصحية: _____

عنوان الشارع: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

الهاتف: _____ الفاكس: _____

إلى أين تريد إرسال السجلات؟ (يرجى العلم: لا يمكننا الكشف إلا عن المعلومات التي تأذن بها فقط)

☐ ضع علامة في المربع إذا كان سيتم إرسال السجلات إلى المريض فقط. لا حاجة إلى إجراءات إضافية في هذا القسم.

اسم مقدم أو منشأة الرعاية الصحية: _____

عنوان الشارع: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

الهاتف: _____ الفاكس: _____ البريد الإلكتروني: _____

ما هدف الكشف عن المعلومات؟

☐ جوانب قانونية☐ التأمين☐ استمرار الرعاية☐ غير ذلك (يرجى التحديد): _____☐ استخدام شخصي

يُتبع

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

إذن استخدام المعلومات الصحية أو الكشف عنها

قد يؤدي عدم تقديم جميع المعلومات إلى إبطال هذا الإذن

المعلومات المطلوب الكشف عنها

مواعيد العلاج: _____

☐ سجل الحالات السابقة وتقرير الفحص الجسدي	☐ تقرير الأشعة	☐ CD لأشعة سينية/صور
☐ EKG/ECHO	☐ التقرير الجراحي	☐ تقرير المختبر
☐ ملخص تقرير الخروج	☐ تقرير الاستشارة	☐ سجل الطوارئ
☐ تقرير أسباب وأعراض الأمراض	☐ سجل الفواتير	

☐ غير ذلك (يرجى التحديد): _____

☐ سجل العيادة الخارجية/السجل السريري - اسم العيادة/مقدم الرعاية: _____

تتطلب قوانين الولاية/القوانين الفيدرالية الحصول على إذن محدد للكشف عن أنواع المعلومات التالية:

☐ الصحة النفسية	☐ إدمان الكحول/المخدرات	☐ نتائج اختبار HIV
☐ معلومات الاختبارات الوراثية	☐ الأمراض التي تنتقل من خلال الممارسات الجنسية	☐ الصحة الإنجابية
☐ رعاية تأكيد النوع الاجتماعي		

أفهم أن سجلاتي بخصوص الصحة الإنجابية محمية بموجب قانون الولاية ولا يمكن الكشف عنها دون موافقة كتابية ما لم تنص اللوائح على خلاف ذلك (CA Civ. §56.110, CA Health & Safety Code § 130290, CA AB 352).

يجب الحصول على إذن منفصل بخصوص ملحوظات العلاج النفسي.

الرسوم

وفقاً للأقسام 1560-1567 California Evidence Code Sections، قد يتم فرض رسوم على نسخ السجل الطبي.

إرشادات التسليم

☐ إرسال السجلات مباشرة إلى الشخص المعني أو المؤسسة المحددة

☐ يجب الاتصال بمقدم الطلب عندما تكون السجلات جاهزة للاستلام:

أعطي إذني (يرجى كتابة الاسم بحروف واضحة) _____ للحصول على نسخ من سجلاتي الطبية.

الصلة بالمريض (يرجى الكتابة بحروف واضحة): _____

☐ منصة My CS-Link™ (منصة المرضى)

☐ البريد الإلكتروني: _____

☐ غير ذلك: _____

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

إذن استخدام المعلومات الصحية أو الكشف عنها

قد يؤدي عدم تقديم جميع المعلومات إلى إبطال هذا الإذن

إخطار بالحقوق

إنني أفهم الآتي:

1. إذا رفضت التوقيع على هذا الإذن، فلن يؤثر رفضي في قدرتي على الحصول على العلاج.
2. يجوز لي فحص المعلومات الصحية التي يُطلب مني إعطاء الإذن باستخدامها أو الكشف عنها، كما يجوز لي الحصول على نسخة من تلك المعلومات.
3. يجوز لي إلغاء هذا الإذن كتابيًا في أي وقت، وذلك بطلب يشمل توقيعي أو نيابة عني ويتم تسليم الطلب إلى العنوان:
Cedars-Sinai Medical Center, Health Information Department
Beverly Blvd., Room 2800 8700
Los Angeles, CA 90048
4. إذا ألغيت هذا الإذن، فلن يؤثر الإلغاء على أي إجراءات تم اتخاذها قبل استلام الإلغاء.
5. لدي الحق في الحصول على نسخة من هذا الإذن.
6. يمكن للمستلم إعادة الكشف عن المعلومات التي تم الكشف عنها بموجب هذا الإذن وقد لا تبقى المعلومات محمية بموجب قانون السرية الفيدرالي (HIPAA). مع ذلك، يحظر قانون ولاية California على الشخص الذي يتلقى معلوماتي الصحية الكشف عنها بشكل أكبر ما لم يتم الحصول على إذن آخر مني لمثل هذا الكشف أو ما لم يكن مثل هذا الكشف والإفصاح مطلوبًا أو مسموحًا به بموجب القانون.
7. في حال وضع علامة هنا، ☐ سيتلقى مُقدم الطلب تعويضًا عن استخدام معلوماتي أو الكشف عنها.

انتهاء الصلاحية

بدون إلغائي الكتابي، تنتهي صلاحية هذا الإذن تلقائيًا عند تلبية الحاجة إلى الكشف عن المعلومات، ولكن في كل الأحوال سينتهي بعد 180 يومًا من تاريخه؛ ما لم يتم تحديد خلاف ذلك:

التوقيع (المريض، الشخص الذي يحمل توكيلاً رسميًا للرعاية الصحية أو الممثل القانوني)

الصلة بالممثل القانوني

التاريخ (اليوم/الشهر/العام)