

UMASS MEMORIAL HEALTH
AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

تفويض الكشف عن المعلومات الصحية المحمية

Page 1 of 2
صفحة 1 من 2

☐ Community Healthlink ☐ HealthAlliance-Clinton Hospital ☐ Harrington Hospital ☐ Marlborough Hospital ☐ UMass Memorial Medical Center
☐ UMass Memorial Medical Group | Location: _____ ☐ Harrington Physicians | Location: _____

يرجى طباعة كافة المعلومات بشكل واضح حتى تتمكن من معالجة طلبك في الوقت المناسب.	
معلومات المريض	
إسم المريض: _____	
تاريخ الميلاد: _____ رقم السجل الطبي: _____	
عنوان الشارع: _____ P.O.Box / رقم الشقة / رقم الجناح: _____	
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____	
رقم الهاتف المفضل: _____	
أسمح لهذا الكيان المحدد أعلاه ، موظفيه ، و/أو وكلاء ، إلى (اختار واحد):	
☐ طلب واستلام المعلومات من مقدم الرعاية الصحية/المنظمة المحددة أدناه.	
☐ إصدار المعلومات من السجل الطبي للمريض المذكور أعلاه إلى المستلم المحدد أدناه.	
☐ ضع علامة هنا إذا كان سيتم إرسال السجلات إلى المريض على العنوان المذكور أعلاه، وإلا فاستكمل المعلومات أدناه:	
الإسم: _____	
عنوان الشارع: _____ P.O.Box / رقم الشقة/ رقم الجناح: _____	
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____	
رقم التليفون: _____	
الغرض من إصدار هذه المعلومات هو:	
☐ مودع مع أخصائي	☐ المحامي/قضية قانونية
☐ نقل الرعاية إلى مقدم خدمة جديد	☐ الإعاقة/تطبيق التأمين/المطالبة
☐ Caregiver	☐ قبل التوظيف
☐ شيء آخر (حدد): _____	
يرجى إكمال المعلومات أدناه (اختر واحدة):	
زيارة/زيارات فردية. يُرجى تحديد خانة "تاريخ الزيارة الكامل" أو "تاريخ الملخص". سيتضمن إصدارك ما يلي:	
☐ ملخص تاريخ الزيارة. يتضمن العناصر الرئيسية لتاريخ (تواريخ) زيارة محددة، بما في ذلك: التقارير، والفحوصات التشخيصية (التحاليل المخبرية، والأشعة السينية، وتخطيط كهربية القلب، واختبارات وظائف الرئة، وقائمة الأدوية، والحساسية، وتقارير مقدم الرعاية الصحية المكتوبة). يحتوي الملخص على المعلومات الأكثر طلباً، وهو أقل تكلفة.	
☐ تاريخ الزيارة بالكامل. يشمل جميع الوثائق المتعلقة بتاريخ زيارة محددة. يُرجى ذكر تاريخ الخدمة.	
التاريخ(التواريخ) من: _____ حتى: _____	
خدمات محددة. إذا كنت ترغب في الحصول على نسخ من خدمات محددة فقط، يُرجى تحديد نوع التقرير المطلوب فقط، مع ذكر تاريخ/نطاق تقديم الخدمات في السطر أدناه.	
التاريخ(التواريخ) من: _____ حتى: _____	
☐ تقرير علم الأمراض	☐ الاستشارات
☐ تقارير الأشعة	☐ ملخصات الخروج
☐ صور الأشعة	☐ سجلات خدمات الطوارئ
☐ إعادة التأهيل: العلاج الطبيعي، العلاج المهني، علاج النطق	☐ سجلات المناةة
☐ شيء آخر (حدد): _____	☐ تقارير المختبر (فحوصات الدم)
☐ ملاحظات المكتب/العيادة لـ _____ ☐ شيء آخر (حدد): _____	
☐ شيء آخر (حدد): _____	☐ تقارير العمليات/الإجراءات
محمي بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي	
أدرك أن سجلي الصحي قد يتضمن معلومات تتعلق بصحتي النفسية، أو اضطراب تعاطي الكحول/المخدرات، أو الاعتداء الجنسي، أو الأمراض المنقولة جنسياً، أو الإجهاض، أو الاختبارات الجينية، أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو العنف المنزلي، أو أي معلومات أخرى أعتبرها حساسة. يجب عليك تحديد المربع المجاور لأنواع المحتوى أدناه، وإلا فلن تُنشر هذه المعلومات.	
☐ الإجهاض - نماذج الموافقة أو أوامر المحكمة	☐ نتائج اختبار الفحص الوراثي
☐ استشارات العنف الأسري	☐ الأمراض المنقولة جنسياً
☐ تفاصيل تشخيص الصحة العقلية و/أو العلاج الذي يقدمه أخصائي نفسي وطبيب نفسي وممرض سريري للصحة العقلية ومستشار الصحة العقلية المرخصة والأخصائي الاجتماعي المرخص	☐ نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
☐ اضطراب تعاطي الكحول/تعاطي المخدرات	

أنا أفهم أن:

- هذا التفويض طوعي. لسبب مُلزمًا بالتوقيع لضمان العلاج إلا إذا كان الغرض الوحيد من العلاج هو تقديم معلومات لطرف ثالث (مثال: فحص طبي للتوظيف).
- بموجب إشعار ممارسات المعلومات المشترك، يحق لي الاطلاع على سجلاتي الطبية أو طلب نسخ منها. يجب اتخاذ الترتيبات اللازمة للاطلاع على سجلاتي الطبية في الموقع؛ يُرجى التواصل مع إدارة معلومات الصحة (المعلومات أدناه).
- أي إفصاح قد يحمل في طياته احتمال إعادة الإفصاح دون تصريح. أُخلى مسؤولية مركز UMass Memorial Health Care والجهات التابعة له عن أي مسؤولية قانونية قد تنشأ عن الإفصاح عن هذه المعلومات أو إعادة الإفصاح عنها.
- يحق لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت بتقديم طلب كتابي إلى إدارة المعلومات الصحية على العنوان المذكور أدناه. لا ينطبق الإلغاء على المعلومات التي سبق نشرها استجابةً لهذا التفويض. كما لا ينطبق الإلغاء على شركة التأمين الخاصة بي عندما يمنحها القانون حق الاعتراض على أي مطالبة بموجب بوليصة التأمين الخاصة بي.
- قد تكون سجلاتي المتعلقة باضطرابات تعاطي الكحول/المخدرات محمية بموجب اللوائح الفيدرالية التي تحكم سرية سجلات مرضى تعاطي الكحول والمخدرات، الجزء الثاني من قانون اللوائح الفيدرالية 42، ولا يجوز الإفصاح عنها دون موافقتي الكتابية إلا إذا نصت اللوائح على خلاف ذلك. كما أدرك أنه يجوز لي إلغاء هذه الموافقة في أي وقت إلا في حال اتخاذ إجراء بناءً عليها، وأن هذه الموافقة تنتهي صلاحيتها في أي حال كما هو موضح في قسم "انتهاء صلاحية التفويض" في النموذج أدناه. (إذا كنت لا تعرف ما إذا كان هذا ينطبق على سجلاتك، يُرجى الاتصال بمكتب مقدم الخدمة أو الخط الساخن للخصوصية على 508-334-5551)

انتهاء صلاحية التفويض:

ما لم يتم إلغاؤه بخلاف ذلك، فسوف تنتهي صلاحية هذا الترخيص في التاريخ أو الحدث أو الحالة التالية: _____
في حال عدم تحديد تاريخ انتهاء الصلاحية أو أي حدث أو شرط يسري هذا التفويض لمدة لا تتجاوز تسعين (90) يومًا من تاريخ التوقيع أدناه، إلا إذا نصت اللوائح الفيدرالية و/أو الولاية على خلاف ذلك. في مثل هذه الحالات، تُطبق المدة الأقصر.

النموذج المطلوب لاستلام السجلات الطبية

تتوفر النسخ عمومًا خلال 10 أيام عمل على حسب السجلات المطلوبة.

اختر خيارًا واحدًا أدناه:

للإستلام الشخصي	البريد	بوابة المريض	الفاكس	البريد الإلكتروني
☐ نسخ ورقية ☐ CD ☐ فلاشة الموقع: _____	☐ نسخ ورقية ☐ CD ☐ فلاشة *سيتم تحويل أكثر من 100 صفحة إلى قرص مضغوط *	☐ عند توفرها فقط ☐ إذا قام المريض بتفعيل حسابه	☐ فاكس: _____ الحد الأقصى 50 صفحة	☐ عنوان البريد الإلكتروني: _____
رسوم النسخ: وفقًا لقانون HIPAA 45 CFR، 164.524، نحفظ بالحق في فرض رسوم معقولة مُحددة لتكلفة إنتاج النسخ وإرسالها. ولن تتجاوز هذه الرسوم، في أي وقت، قانون ماساتشوستس (الفصل 111 من قانون ماساتشوستس العام؛ المادة 70).				

*إذا كنت ترغب في أن يقوم شخص آخر غيرك (المريض) باستلام سجلك الطبي، فيرجى تقديم اسمه وعلاقته:

الإسم: _____ صلة القرابة: _____

****يجب تقديم بطاقة هوية مصورة عند استلام نسخ من السجلات الطبية.****

لقد أكملت جميع أقسام هذا النموذج. قرأت وفهمت البيانات أعلاه، وأوافق على الإفصاح عن المعلومات المطلوبة على ظهر هذا النموذج.

توقيع المريض/الوالد/الممثل القانوني* _____
 الاسم بأحرف واضحة _____
 التاريخ _____

علاقة الموقع بالمريض: _____

***إذا كنت تقوم بالتوقيع كممثل قانوني، فيجب عليك أيضًا تقديم المستندات المناسبة لدعم الحالة.**

للاستفسارات، يرجى الاتصال بالمؤسسة المعنية أدناه أو بالعيادة الطبية التي تتلقى فيها الرعاية.

UMass Memorial Health
 C/O Health Information Management
 67 Millbrook Street, Suite 200
 Worcester, MA 01606
 Tel 508-334-5700 opt. 1
 Fax 508-334-9717

UMass Memorial Medical Group
 C/O Community Practices
 367 Plantation Street
 Worcester, MA 01605
 Tel 508-334-1438
 Fax 508-334-1448

UMass Memorial-Community Healthlink
 C/O Compliance Department
 72 Jaques Avenue
 Worcester, MA 01610
 Tel 508-860-1016
 Fax 508-752-1379

****يجب إعطاء المريض نسخة من التفويض المكتمل.****