

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  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.

وضع 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:

موعد مع أخصائي

نقل الرعاية إلى مقدم خدمة جديد

Caregiver

الاتصالات الشفهية

للاستخدام الشخصي

قبل التوظيف

المحامي/قضية قانونية

الإعاقة/تطبيق التأمين/المطالبة

شئ 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 المناعة

شئ آخر (حدد): \_\_\_\_\_

تقارير المختبر (فحوصات الدم)

ملاحظات المكتب/العيادة لـ \_\_\_\_\_  شئ آخر (حدد): \_\_\_\_\_

تقارير العمليات/الإجراءات

شئ آخر (حدد): \_\_\_\_\_

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.

استشارات الاعتداء الجنسي

نتائج اختبار الفحص الوراثي

الإجهاض - نماذج الموافقة أو أوامر المحكمة

الأمراض المنقولة جنسياً

نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

استشارات العنف الأسري

تفاصيل تشخيص الصحة العقلية و/أو العلاج الذي يقدمه أخصائي نفسي وطبيب نفسي وممرض سريري للصحة العقلية ومستشار الصحة العقلية المرخصة والأخصائي الاجتماعي المرخص

اضطراب تعاطي الكحول/تعاطي المخدرات

أنا أفهم أن:

- هذا التفويض طوعي. لسْتُ مُلزماً 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. أخلّي 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 استجابة 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) يوماً 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 عموماً خلال 10 أيام عمل على حسب السجلات المطلوبة.

اختر خياراً واحداً أدناه:

البريد الإلكتروني	الفاكس	بوابة المريض	البريد	للإستلام الشخصي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عنوان البريد الإلكتروني:		عند توفرها فقط إذا قام المريض بتفعيل حسابه فاكس:	نسخ ورقية CD فلاشة	نسخ ورقية CD فلاشة
	الحد الأقصى 50 صفحة		*سيتم تحويل أكثر من 100 صفحة إلى قرص مضغوط *	الموقع:
رسوم النسخ: وفقاً لقانون HIPAA 45 CFR، 164.524، نحتفظ بالحق في فرض رسوم معقولة مُحددة التكلفة لإنتاج 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.

التاريخ: \_\_\_\_\_ الإسم بأحرف واضحة: \_\_\_\_\_ توقيع المريض/الوالد/الممثل القانوني\* \_\_\_\_\_  
علاقة الموقع بالمريض: \_\_\_\_\_

\*إذا كنت تقوم بالتوقيع كممثل قانوني، فيجب عليك أيضاً 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.\*\*