

UMASS MEMORIAL HEALTH
AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF
PROTECTED HEALTH INFORMATION
(ARABIC)

تفويض الكشف عن المعلومات الصحية المحمية
صفحة 1 من 2

يرجى تحديد جميع الكيانات التي تنطبق عليها الشروط		
Milford Regional Medical ☐	HealthAlliance-Clinton Hospital ☐	Community Healthlink ☐
Milford Regional Provider Group ☐	Harrington Hospital ☐	UMass Memorial Medical Center ☐
الموقع: _____	Harrington Physicians / ☐	UMass Memorial Medical Group / ☐
الموقع: _____		الموقع: _____
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 على الأقل واحد):		
☐ ضع علامة هنا لإصدار السجلات لنفسك.		
☐ الإفصاح عن المعلومات من السجل الطبي للمريض المذكور أعلاه إلى المستلم المحدد أدناه.		
☐ طلب واستلام المعلومات من المنظمة أو القسم أو الفرد المحدد أدناه.		
☐ ضع علامة هنا لإرسال السجلات إلى عنوان المريض المذكور أعلاه أو قدم عنواناً مختلفاً أدناه:		
الإسم: _____		
عنوان الشارع: _____ P.O.Box / رقم الشقة / رقم الجناح: _____		
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____		
رقم الهاتف المفضل: _____		
الغرض من إصدار هذه المعلومات هو: ☐ المحامي/قضية قانونية ☐ الرعاية المستمرة ☐ الإعاقة/تطبيق التأمين/المطالبة ☐ للاستخدام الشخصي ☐ قبل التوظيف ☐ شئ آخر (حدد): _____		
يرجى استكمال المعلومات أدناه (اختر واحداً):		
زيارة/زيارات فردية.		
التاريخ(التواريخ) من: _____ وحتى: _____		
☐ 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.		
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): _____	
☐ شئ 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 اعتبرها 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 الاعتداء الجنسي
☐ استشارات العنف الأسري	☐ نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز	☐ الأمراض المنقولة جنسياً
☐ تفاصيل تشخيص الصحة العقلية و/أو العلاج الذي يقدمه أخصائي نفسي وطبيب نفسي وممرض سريري للصحة العقلية ومستشار الصحة العقلية المخصصة والأخصائي الاجتماعي المرخص		
☐ اضطراب تعاطي الكحول/تعاطي المخدرات		

يرجى المتابعة على الجانب الخلفي

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. أخلي 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:

للاستلام الشخصي ☐ نسخ ورقية ☐ قرص مدمج ☐ فلاشة الموقع: _____	البريد ☐ نسخ ورقية ☐ فلاشة ☐ قرص مدمج *سيتم تحويل أكثر من 100 صفحة إلى قرص مضغوط *	بوابة المريض ☐ عند توفرها فقط إذا قام المريض بتفعيل حسابه فاكس: _____ الحد الأقصى 50 صفحة	الفاكس ☐	البريد الإلكتروني ☐ عنوان البريد الإلكتروني: _____
--	--	--	---	---

رسوم النسخ: وفقًا لقانون HIPAA 45 CFR 164.524، نحفظ 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 أكملتُ جميع أقسام هذا النموذج. قرأت وفهمت البيانات أعلاه، وأوافق على الإفصاح عن المعلومات المطلوبة على ظهر هذا النموذج.

توقيع المريض/الوالد/الممثل القانوني* _____ الإسم 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-Community Healthlink
 C/O Community Healthlink
 67 Millbrook Street
 Worcester, MA 01606
 Tel 508-860-1016
 Fax 508-752-1379

يجب إعطاء المريض نسخة من التفويض المكتمل.