تفويض باستخدام المعلومات الصحية أو الإفصاح عنها
(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)

WELLSPAN HEALTH

* * * يمنح باسم كيوجن الماشئة عامة حقوق * * *

يرجى طباعة 14041 وقم كيوجنان والخدمة وكذلك
تاريخوا يحلاوت تابالحنا كالك تاسوس نو كالمغإلاب

الاسم: _____ اسم العائلة/الأسرة السابق: _____

تاريخ الميلاد: _____ آخر ٤ أرقام من رقم الضمان الاجتماعي: _____ رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

الشارع المدينة/البلدة الولاية الرمز البريدي

أنا أخول مقدم الرعاية الصحية التالي بالإفصاح عن معلوماتي الصحية:

☐ الأسرة الصحية

الأسرة الصحية: _____ (مركز الرعاية الصحية/العيادة/المستشفى الخاص)

☐ الاسم الأول للأسرة الصحية: _____ (مركز الرعاية/الوحدة أو أي برنامج كالمغإلا)

العنوان: _____

_____

العنوان: _____

_____

رقم الهاتف: _____

رقم الفاكس: _____

البريد الإلكتروني: _____

أنا أخول الإفصاح عن المعلومات التالية:

☐ الكل (تاريخ الخدمة الطبية المحددة أدناه)

من: _____ إلى: _____

☐ الصحة العقلية/السلوكية (بما في ذلك الاكتئاب، والقلق، والصدمة، والإدمان، والاضطراب ثنائي القطب، والفصام، والاضطراب الوسواسي القهري، والاضطراب الوسواسي القهري، والاضطراب الوسواسي القهري

تفويض باستخدام المعلومات الصحية أو الإفصاح عنها

(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)

أنا/نحن:

- **أوافق على الإفصاح عن المعلومات الصحية المذكورة أدناه بسبب** الأسباب المذكورة في الأسفل. أفهم أن المعلومات المفصح عنها قد تشمل معلومات عن الصحة العقلية والإدمان على الكحول والمخدرات والأمراض المعدية والاختبار الجيني.
- أفهم أن هذا التفويض ينتهي بعد ستة أشهر من تاريخه ما لم أحدد تاريخًا آخر أو حدثًا آخر. أفهم أنني أستطيع إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إخطار مكتب الخدمات الصحية بالولاية. أفهم أن إلغائي لهذا التفويض لن يؤثر على الإفصاحات التي تمت بناءً على هذا التفويض قبل إلغائه.
- أفهم أن هذا التفويض ينطبق على سجلات الصحة العقلية والإدمان على الكحول والمخدرات والأمراض المعدية والاختبار الجيني. أفهم أنني أستطيع إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إخطار مكتب الخدمات الصحية بالولاية. أفهم أن إلغائي لهذا التفويض لن يؤثر على الإفصاحات التي تمت بناءً على هذا التفويض قبل إلغائه.
- أفهم أن المعلومات الصحية المراد إفشاؤها قد تكون مرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. تقع على أي فرد يفرض هذه التفويضات الحق في الحصول على تعويض - المعلومات الصحية (Health Information Management – Release of Information). أفهم أن موظفي مكتب الخدمات الصحية بالولاية قد يتواصلون معي للتحقق من إلغائي.
- يوجد خيارات دون إرسال 12 نموذج في أو سابق لتاريخ في المستقبل يمكن من خلالها الإفصاح عن المعلومات الصحية. ويوجد خيارات دون إرسال 12 نموذج في هذه التفويضات الصحية.
- أفهم أن هذا التفويض يشمل المعلومات الصحية من تاريخ سابق وتاريخ لاحق. لا يشمل هذا التفويض معلومات الصحة العقلية.

أفهم أنني أحتفظ بالحق في إلغاء هذه التفويضات الصحية وقتما أشاء، وأفهم أن عدم إلغائي هذه التفويضات يؤدي إلى إلغائها تلقائيًا بعد 12 شهرًا من تاريخها.

* هل هذا المريض/الممثل القانوني للمريض _____ التاريخ _____

* اسم المريض/الممثل القانوني بالأحرف الكبيرة _____

الشاهد _____ التاريخ _____

اسم الشاهد بالأحرف الكبيرة _____

* المريض أو الممثل القانوني **يتعذر عليه** التوقيع بسبب الإعاقة الجسدية، ولكنه يعي تمامًا طبيعة هذا التفويض.

To comply with the PA Mental Health Procedures Act:

THIS PORTION TO BE COMPLETED WHEN A PATIENT/REPRESENTATIVE IS PHYSICALLY UNABLE TO PROVIDE A SIGNATURE:

We, the undersigned, do verify that the above Authorization has been read to the patient and that he/she understands the nature of the release and freely gives his/her verbal consent for the release of the above information.

Verbal consent requires the signatures of two witnesses:

Signature of Witness _____ Date _____

Print Name of Witness _____

Signature of Witness _____ Date _____

Print Name of Witness _____

إرسال ملاحظاتكم أو شكاواكم الشفوية إلى:

Health Information Management – Release of Information
Health Information Management – Release of Information
1135 Edgar Street, Suite 101
York, PA 17403

الهاتف: (717) 812-8119
البريد الإلكتروني: PatientRequests@wellspan.org

*** * * يرجى الاتصال بمكتب الخدمات الصحية أو الممثل القانوني للمريض لتقديم طلب شفوي. * * ***

MRO CORPORATION :الاسم والعنوان الكاملان لمكتب الخدمات الصحية الموحدة المعتمدة التابعة للولاية 1 ليتكار (610) 994-7500 فاكس الرقم