# تفويض باستخدام المعلومات الصحية أو الإفصاح عنها

**(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)**

WELLSPAN HEALTH

***** يرجى قراءة وإكمال جميع البنود *****

**يرجى استكمال النموذج رقم 14014 للموافقة على**
**الإفصاح عن سجلات علاج اضطرابات تعاطي المواد**

اسم المريض: ______________________ الاسم المستعار/الاسم السابق: ______________________

تاريخ الميلاد: ______________ آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي: ______________ رقم الهاتف: ______________

العنوان: ____________________________________________________________

الشارع　　　المدينة/البلدة　　　الولاية　　　الرمز البريدي

أُفوّض باستخدام/الإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة بي كما هو موضح أدناه:

يُستخدم بواسطة من: ______________________
(اسم المستشفى/العيادة/الممارس الفردي)

الإفصاح إلى: ______________________
(الإفصاح إلى أي من الجهة/العيادة/الشخص)

العنوان: ______________________

العنوان: ______________________

رقم الفاكس: ______________________

رقم الهاتف: ______________________

رقم الفاكس: ______________________

عنوان البريد الإلكتروني: ______________________

ملخص سجلات المستشفى و/أو المعلومات الطبية:

من: ______________ إلى: ______________
(يرجى تحديد تواريخ الخدمة)

☐ **ملخص سجلات المستشفى و/أو المعلومات الطبية:**
التاريخ المرضي والفحص البدني، وملخصات قسم الطوارئ، وملخص الخروج، وتقارير الاستشارات، وملخصات العملية الجراحية، وتقارير المواعيد والإحالات، وملخصات زيارة المكتب، والتطعيمات، والتقييمات العصبية و/أو النفسية، وتقارير المختبر، وتقارير الأشعة، وأي سجلات تشخيصية أخرى إلخ.

☐ **نتائج الاختبارات التشخيصية** (يرجى التحديد): ______________________

☐ **الأشعة** (يرجى تحديد نسخة واحدة): ☐ **قرص مضغوط (CD) وتقارير** ☐ **تقارير فقط**

☐ **بيانات الفواتير**

☐ **سجل طبي كامل أو جزء منه** (يرجى التحديد): ______________________

الغرض:

☐ **مزيد من الرعاية الطبية** ☐ **شخصي** ☐ **التأمين** ☐ **قانوني** ☐ **غير ذلك:** ______________

أرغب في أن يتم إرسال السجلات الموضحة أعلاه في قسم "الإفصاح إلى" هذه المعلومات عبر (يرجى تحديد خيار واحد):

☐ **ورقياً** ☐ **قرص مضغوط (CD)** ☐ **فاكس** ☐ **البريد الإلكتروني**

- سيتم تشفير رسائل البريد الإلكتروني التي تحتوي على السجلات الطبية من بوابة آمنة. ستظل هذه السجلات متاحة فقط للمستندات بتنسيق PDF على البوابة الآمنة لمدة 30 يوماً بعد تاريخ إرسال الملفات عبر البريد الإلكتروني.

يتضمن هذا التفويض الإفصاح عن أي سجلات موجودة أدناه ما لم أحدد غير ذلك. اختياري: لا يمكن الإفصاح عن هذه السجلات إلا بعد موافقتي. السجلات التي يجب عدم الإفصاح عنها: ☐ خدمات الصحة السلوكية/الاستشارية

أتفهم أن السجلات التي اخترتها للإفصاح عنها قد تحتوي على معلومات عن العلاج والاختبارات الجينية وعلاج الحالة الصحية السلوكية ومتلازمة نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS) ورعاية الصحة الإنجابية وعلاج اضطرابات تعاطي المواد (عدا سجلات البرنامج، من زيارات الرعاية الأولية) وأنه من الممكن أن يقوم المتلقي بإعادة الإفصاح عن هذه المعلومات. يحق لي الاختيار بشأن عدم الإفصاح عن سجلات محددة وبشكل مباشر حتى أتمكن من رعاية المرضى، بما في ذلك المعلومات الحساسة التي لا أرغب في الإفصاح عنها بطريقة خاصة.

*WROI0001*

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

**أنا أتفهم وأوافق:**

- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]

[illegible]

______________________________ ______________________________

[illegible]* [illegible]

______________________________

[illegible]*

______________________________ ______________________________

[illegible] [illegible]

______________________________

[illegible]

* [illegible]
**[illegible]**

**[illegible]:**

[illegible]:

[illegible]

**[illegible]:**

______________________________ ______________________________
Signature of Witness Date

______________________________
Print Name of Witness

______________________________ ______________________________
Signature of Witness Date

______________________________
Print Name of Witness

**[illegible]:**
WellSpan Health
Health Information Management – Release of Information
1135 Edgar Street, Suite 101
York, PA 17403

[illegible]: (717) 812-8119
[illegible]: PatientRequests@wellspan.org

*** * * [illegible] * * ***

[illegible] MRO CORPORATION [illegible] (610) 994-7500 [illegible] 1



*WROI0001*