

إعطاء الإذن لاستخدام معلومات صحية محمية والإفصاح عنها ونشرها

AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (ARABIC)

أفهم ما يلي:

- يحق لي أن أرفض التوقيع على هذا النموذج لإعطاء الإذن بالإفصاح عن معلوماتي الصحية المحمية أو نشرها. وأن رفضي لتوقيع الإذن لن يؤثر سلبًا على قدرتي على الحصول على خدمات الرعاية الصحية أو التعويض عنها. وأن الطرف الوحيد الذي قد يكون له تأثير على قدرتي لتلقي خدمات الرعاية الصحية في حال رفضي لتوقيع هذا الإذن هو عندما تكون خدمات الرعاية الصحية متعلقة بالبحث أو حين تُستخدم فقط لأغراض تقديم معلومات الرعاية الصحية إلى شخص آخر ويكون الإذن مطلوبًا لعمل ذلك الإفصاح.
- قد تفرض رسوم مالية على هذا الالتماس .
- قد تخضع المعلومات المستخدمة أو المفصح عنها بموجب هذا الإذن إلى إعادة الإفصاح عنها من جديد ولن تعود محمية بموجب القانون الفيدرالي. ومع ذلك، أفهم أيضًا أن القانون الفيدرالي أو قانون الولاية قد يقيّد إعادة الإفصاح عن معلومات خاصة بكل من HIV/AIDS ومعلومات الصحة النفسية ومعلومات الاختبارات الجينية ومعلومات التشخيص أو العلاج أو الإحالة المتعلقة بتعاطي المخدرات أو معاقرة الكحول.
- يحق لي أن أحصل على نسخة من هذا الإذن الموقع.
- ويجوز لي أن ألغي هذا الإذن خطيًا في أي وقت. وإذا قمت بإلغائه، فلا يجوز بعد ذلك استخدام المعلومات الموصوفة أدناه أو الإفصاح عنها للأغراض الموصوفة في الإذن الخطي. ويكون الاستثناء الوحيد لذلك هو عندما يقوم Swedish باتخاذ إجراء استنادًا إلى الإذن أو تمّ استحصال الإذن كشرط لتغطية التأمين.

يُرجى إرسال هذا الإذن أو الإلغاء إلى أحد هذه المواقع، بناءً على المكان الذي تلقيت فيه الرعاية:

Swedish Medical Group

Centralized Services Department
800 5th Ave, Suite 800
Seattle, WA 98104
الفاكس: (425) 454-2935

Swedish Medical Center

Release of Information Department
747 Broadway, Seattle, WA 98122
الفاكس: (206) 320-2626
البريد الإلكتروني: ROI@swedish.org

يُرجى الانتباه إلى أنه: لم يعد Swedish يطبع أرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بالمرضى أو ينشرها ما لم يكن ذلك مطلوبًا لأغراض إعداد الفواتير. ومع ذلك، فيجوز أن تكون أرقام الضمان الاجتماعي موجودة في معلومات المرضى التي مضى عليها أكثر من بضع سنين. يجوز أن تتضمن المعلومات التي تأذن بنشرها رقم ضمانك الاجتماعي.

وبموجب هذا تَبْرئ ذمّة هذه المنشأة وموظفيها ومسؤوليها التنفيذيين وأطبائها من أي مسؤولية قانونية أو التزام قانوني بشأن إفشاء المعلومات المذكورة أعلاه إلى المدى المشار إليه والمأذون به في هذا المستند.

لا يميز Swedish Health Services ولا الجهات التابعة له بين المرضى على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس، أو العمر، أو الإعاقة في برامج وأنشطته الصحية.

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

注意：如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

إعطاء الإذن لاستخدام معلومات صحية محمية والإفصاح عنها ونشرها

AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (ARABIC)

أمنح Swedish الإذن باستخدام نسخة من المعلومات الصحية المحددة الموصوفة أدناه والإفصاح عنها بشأن:

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____

عنوان المريض: _____ الهاتف: _____

المدينة: _____ الولاية _____ الرمز البريدي: _____

للإفصاح عنها إلى: _____ نفسي أو اسم المستلم: _____

عنوان المستلم: _____

المدينة: _____ الولاية _____ الرمز البريدي: _____

الهاتف: _____ الفاكس _____ البريد الإلكتروني: _____

الرجاء إرسال سجلاتي عبر الوسيلة التالية: MyChart البريد الإلكتروني مسجلة على قرص حاسوب مطبوعة ورقياً
الفاكس

إنني ألتزم بمعلومات من المنشأة أو المنشآت التالية:

اسم المستشفى (المذكور) ورقم الهاتف	اسم العيادة (المذكور) ورقم الهاتف

عن المدة التي يتراوح تاريخها من: _____ إلى: _____
بشأن المعلومات المتعلقة بالتشخيص التالي أو الإصابة التالية:

المعلومات المطلوب الإفصاح عنها:

ملخص الخروج من المستشفى

تقرير قسم الطوارئ

ملاحظات تقدم الحالة

التاريخ المرضي والفحص البدني

تقرير العمليات الجراحية

تقارير تشخيصية (التحاليل المختبرية، والتصوير بالأشعة السينية، وتخطيط القلب EKG، إلخ...)

غير ذلك (يرجى التحديد): _____

لأغراض: _____

سنتتهي صلاحية مفعول هذا الإذن - ما لم يتم إلغاؤه - في خلال 180 يوماً أو بحلول التاريخ التالي:

الشروط: سيمتد هذا الإذن - ما لم أحصر نطاقه بنفسه صراحة - إلى جميع أوجه الاختبارات و/أو العلاج لكل من الأمراض المنقولة جنسياً، أو AIDS أو HIV، أو معاقرة الكحول و/أو تعاطي المخدرات، أو حالات اضطراب الصحة النفسية أو غيرها من المعلومات الحساسة.

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____

(مطلوب طباعة النموذج وتسليمه باليد)

اسم ممثل المريض: _____ التاريخ: _____

اسم ممثل المريض: _____

(مطلوب طباعة النموذج وتسليمه باليد. يرجى تضمين أي وثائق داعمة.)

صلة القرابة بالمريض: _____



1ROI