



3600



Patient Identification Sticker

التماس المريض للاطلاع على مجموعة سجلات معينة
PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (ARABIC)

في بعض المناطق، قد تُحزّن الخدمات الصحية التي تخص Swedish Health Services والجهات التابعة له سجلات العيادات الخاصة بالمرضى في مكان منفصل عن سجلات المستشفيات الخاصة بالمرضى. يسعدنا إرسال نسخة من هذا النموذج عبر الفاكس إلى منشآت أخرى عند الطلب. يمكنك أن تُرفق صفحة إضافية في حال احتياجك إلى مساحة أكبر من المساحة المتوفرة على نموذج الالتماس.

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

<p>Swedish Medical Group Centralized Services Department 800 5th Avenue, Suite 800 Seattle, WA 98104 الهاتف: (206) 320-3025 الفاكس: (425) 454-2935</p>	<p>Swedish Medical Center Release of Information 747 Broadway, Seattle, WA 98122 الهاتف: (206) 320-3850 الفاكس: (206) 320-2626 البريد الإلكتروني: ROI@swedish.org</p>
---	--

قد تفرض بعض الرسوم المالية على هذا الالتماس.

يرجى الانتباه إلى أنه: لم يعد Swedish والجهات التابعة له يطبع أرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بالمرضى أو ينشرها ما لم يكن ذلك مطلوباً لأغراض إعداد الفواتير. ومع ذلك، فيجوز أن يتم تضمين أرقام الضمان الاجتماعي في سجلات المرضى التي مضى عليها أكثر من بضع سنوات. قد تتضمن السجلات التي تطلبها رقم ضمانك الاجتماعي.

وبموجب هذا تُبرئ ذمّة هذه المنشأة وموظفيها ومسؤوليها التنفيذيين وأطبائها من أي مسؤولية قانونية أو التزام قانوني بشأن إنشاء 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 برامجه 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).



3600



SWEDISH

Patient Identification Sticker

التماس المريض للاطلاع على مجموعة سجلات معينة

اسم المريض:	تاريخ الميلاد:
اللقب (الألقاب) المستخدم:	الهاتف:
عنوان المريض:	المدينة:
الولاية:	الرمز البريدي:
البريد الإلكتروني للمريض:	
الرجاء الإفصاح عن سجلاتي إلى: أنا بشخصي على العنوان المذكور أعلاه أو المستلم التالي	الاسم:
العنوان:	المدينة:
الولاية:	الرمز البريدي:
الهاتف:	الفاكس:
البريد الإلكتروني:	
الرجاء إرسال سجلاتي عبر الوسيلة التالية: MyChart	مطبوعة ورقياً
الفاكس	مسجلة على قرص إلكتروني
البريد الإلكتروني	
إني ألتمس معلومات من المنشأة أو المنشآت التالية:	
اذكر اسم المستشفى (المستشفيات) أو اسم مقدم (مقدمي) الخدمة	اذكر اسم العيادة (العيادات) أو اسم مقدم (مقدمي) الخدمة
و/أو	
عن المدة التي يتراوح تاريخها من:	إلى:
المعلومات المطلوب الإفصاح عنها:	ملخص الخروج من المستشفى
التاريخ المرضي والفحص البدني	تقرير قسم الطوارئ
تقرير العمليات الجراحية	ملاحظات تقدم الحالة
تقارير تشخيصية (التحاليل المختبرية، والتصوير	آخر سنتين فقط
بالأشعة السينية، وتخطيط القلب EKG، إلخ...)	
غير ذلك (يُرجى التحديد):	
قد تفرض بعض الرسوم المالية على هذا الالتماس. بعض السجلات غير متاح تلقائياً عبر MyChart.	
توقيع المريض:	التاريخ:
(مطلوب طباعة النموذج وتسليمه باليد)	
اسم ممثل المريض:	التاريخ:
توقيع ممثل المريض:	صلة القرابة بالمريض:
(مطلوب طباعة النموذج وتسليمه باليد. يرجى تضمين أي وثائق داعمة.)	

