



لا تستخدم ذلك لنشر CATS

* جميع الحقول المُعلّمة بنجمة هي حقول إلزامية.

A	<p>* اسم المريض _____ رقم السجل الطبي _____</p> <p>* تاريخ ميلاد المريض _____ رقم الضمان الاجتماعي (آخر 4 أرقام) _____</p> <p>* رقم الهاتف _____ البريد الإلكتروني _____</p> <p>* عنوان المريض _____</p> <p>عنوان الشارع _____ المدينة _____ الدولة _____ الرمز البريدي _____</p>
B	<p>* أذن لشركة Inova بـ (اختر إجابة واحدة):</p> <p><input type="checkbox"/> نشر المعلومات المشار إليها إلى: (Release the information indicated to)</p> <p><input type="checkbox"/> طلب المعلومات المشار إليها من: (Request the information indicated from)</p> <p>اسم الشخص أو الكيان الذي سيتلقى المعلومات أو سيكشف عنها _____</p> <p>عنوان الشارع _____ المدينة _____ الدولة _____ الرمز البريدي _____</p> <p>رقم الهاتف _____ رقم الفاكس _____ البريد الإلكتروني _____</p>
C	<p>* المعلومات المقرر الإفصاح/الكشف عنها: _____</p> <p>المرفق: _____</p> <p><input type="checkbox"/> جميع مرافق Inova</p> <p>تاريخ القبول/العلاج المطلوب: _____</p> <p>(اختر كل ما ينطبق):</p> <p><input type="checkbox"/> معلومات الفواتير <input type="checkbox"/> التاريخ والجانب الفيزيائي</p> <p><input type="checkbox"/> السجل الطبي الكامل <input type="checkbox"/> التقارير المعملية</p> <p><input type="checkbox"/> الاستشارات <input type="checkbox"/> قائمة الأدوية</p> <p><input type="checkbox"/> ملخص الخروج من المستشفى <input type="checkbox"/> التقارير الجراحية</p> <p><input type="checkbox"/> EKG/EEG <input type="checkbox"/> تقارير التشريح المرضي</p> <p><input type="checkbox"/> سجلات غرفة الطوارئ <input type="checkbox"/> أوامر الطبيب</p> <p><input type="checkbox"/> مذكرات التقدم <input type="checkbox"/> مذكرات تلقي العلاج النفسي</p> <p><input type="checkbox"/> التقييم النفسي</p> <p><input type="checkbox"/> صور الأشعة/CD</p> <p><input type="checkbox"/> تقارير الأشعة</p> <p><input type="checkbox"/> أخرى (حدد): _____</p>
D	<p>* الغرض (اختر كل ما ينطبق):</p> <p><input type="checkbox"/> متابعة طبية</p> <p><input type="checkbox"/> تفويض</p> <p><input type="checkbox"/> استخدام شخصي</p> <p><input type="checkbox"/> إعاقاة</p> <p><input type="checkbox"/> تأمين</p> <p><input type="checkbox"/> أخرى _____</p> <p>* تقديم سجل من خلال (اختر إجابة واحدة):</p> <p><input type="checkbox"/> MyChart</p> <p><input type="checkbox"/> الفاكس (25 صفحة أو أقل)</p> <p><input type="checkbox"/> الوسائط الإلكترونية (CD)</p> <p><input type="checkbox"/> البريد - العادي</p> <p><input type="checkbox"/> البريد - المستعمل. يمكن لإدارة المعلومات الصحية، عند الطلب، تسريع توصيل السجلات. سيتم محاسبتك على الرسوم الفعالية المتكبرة.</p> <p><input type="checkbox"/> المراجعة الشخصية. ستحتاج إلى تحديد موعد للمراجعة.</p>
E	<p>* الغرض (اختر كل ما ينطبق):</p> <p><input type="checkbox"/> متابعة طبية</p> <p><input type="checkbox"/> تفويض</p> <p><input type="checkbox"/> استخدام شخصي</p> <p><input type="checkbox"/> إعاقاة</p> <p><input type="checkbox"/> تأمين</p> <p><input type="checkbox"/> أخرى _____</p> <p>* تقديم سجل من خلال (اختر إجابة واحدة):</p> <p><input type="checkbox"/> MyChart</p> <p><input type="checkbox"/> الفاكس (25 صفحة أو أقل)</p> <p><input type="checkbox"/> الوسائط الإلكترونية (CD)</p> <p><input type="checkbox"/> البريد - العادي</p> <p><input type="checkbox"/> البريد - المستعمل. يمكن لإدارة المعلومات الصحية، عند الطلب، تسريع توصيل السجلات. سيتم محاسبتك على الرسوم الفعالية المتكبرة.</p> <p><input type="checkbox"/> المراجعة الشخصية. ستحتاج إلى تحديد موعد للمراجعة.</p>
F	<p>إنني أدرك أنه إذا كان الشخص أو الجهة التي تتلقى معلوماتي ليست مقدم رعاية صحية أو إذا كانت الخطة العلاجية تغطيها لوائح الخصوصية الصادرة عن HIPAA، يمكن إعادة الكشف عن المعلومات المذكورة أعلاه وتصبح غير محمية بموجب هذه اللوائح.</p> <p>إنني أدرك أن الإخطار الكتابي ضروري لإلغاء هذا التفويض. وأدرك أن هذا الإلغاء لن يسري على عمليات الإفصاح التي تمت بالإشارة إلى هذا التفويض.</p> <p>أدرك أن نشر هذا الإفصاح قد يتضمن معلومات حساسة في سجلاتي لا تتطلب إنفاذاً منفصلاً بناءً على اللوائح الفيدرالية أو الولاية.</p> <p>أدرك أنه سيتم تقديم العلاج لي إذا لم أوقع على هذا النموذج.</p> <p>_____</p> <p>* المريض أو الممثل المُفوض (التوقيع) (Patient or Authorized Representative (signature))</p> <p>_____</p> <p>* صلة القرابة بالمريض (حدد أو اختر مرغياً إذا كانت الإجابة هي "المريض نفسه") (Relationship to Patient (specify, or check box if "self"))</p> <p><input type="checkbox"/> الشخص نفسه</p>

معلومات الترجمة الفورية (لن يتم إكمالها بواسطة موظفي Inova، إذا كان مطبقاً):

Interpreter Information (To be completed by Inova staff, if applicable):

- In person Telephonic Video Interpreter name/ID number (if applicable) _____
- Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

إذن لطلب/الكشف عن المعلومات الصحية المحمية

Authorization to Request/Disclose Protected Health Information
ARABIC