

Affix Patient Label



طلب الحصول على ترخيص لاستخدام وكشف معلومات صحية محمية رقم السجل الطبي \_\_\_\_\_  
اسم المريض: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
الأخير الأول الاسم الأوسط شهر/يوم/سنة

العنوان: \_\_\_\_\_  
الشارع رقم الشقة المدينة الولاية الرمز البريدي  
رقم الهاتف  
أمنح موافقتي إلى:

<input type="checkbox"/>	مستشفى برونسون ليك فيو (Bronson LakeView Hospital) Hazen Street 408 49079 Paw Paw, MI الهاتف: 269-657-1465 الفاكس: 269-657-1349	<input type="checkbox"/>	مستشفى برونسون ميثوديست (Bronson Methodist Hospital) John Street Box F 601 49007 Kalamazoo, MI الهاتف: 269-341-6487 الفاكس: 269-341-6294	<input type="checkbox"/>	مركز فيلدستون (Fieldstone Center) N. Washington Ave 165 49037 Battle Creek, MI الهاتف: 269-245-5851 الفاكس: 269-245-5875	<input type="checkbox"/>	برونسون باتل كريك (Bronson Battle Creek) North Ave 300 49017 Battle Creek, MI الهاتف: 269-245-5851 الفاكس: 269-245-5875
--------------------------	--	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	--

للكشف عن معلوماتي الصحية إلى التالي:

اسم الفرد أو الوكالة: \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_  
المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ رقم الفاكس: \_\_\_\_\_

المعلومات التي سيتم الكشف عنها

تواريخ الخدمة

- |                          |                       |                          |                              |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | تقييم دخول المستشفى   | <input type="checkbox"/> | سجلات التشخيص العصبي         |
| <input type="checkbox"/> | السجلات القلبية       | <input type="checkbox"/> | سجل العملية الجراحية         |
| <input type="checkbox"/> | الاستشارات            | <input type="checkbox"/> | تقرير علم الأمراض            |
| <input type="checkbox"/> | ملخص الخروج           | <input type="checkbox"/> | ملاحظات التطور               |
| <input type="checkbox"/> | التاريخ والفحص البدني | <input type="checkbox"/> | تاريخ دخول الطب النفسي       |
| <input type="checkbox"/> | التقارير المخبرية     | <input type="checkbox"/> | صور-الأسطوانة المدمجة للأشعة |
| <input type="checkbox"/> | سجلات الأدوية         | <input type="checkbox"/> | تقارير الأشعة                |

غير ذلك (حدد المحتوى والتواريخ)

الغرض من الكشف

- |                          |                                |
|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | تبديل الأطباء                  |
| <input type="checkbox"/> | استمرارية الرعاية              |
| <input type="checkbox"/> | لاستخدامي الخاص                |
| <input type="checkbox"/> | شركة التامين أو تعويض العاملين |
| <input type="checkbox"/> | قانوني (حدد)                   |
| <input type="checkbox"/> | بحثي                           |
| <input type="checkbox"/> | مدرسي                          |
| <input type="checkbox"/> | غير ذلك (حدد)                  |
| <input type="checkbox"/> | بناءً على طلب الفرد            |

أسمح بالكشف عن المعلومات الصحية التي تحتويها سجلاتي الطبية بما في ذلك:

- المعلومات الخاصة بالأمراض السارية والعدوى، بحسب ما تحدده ولاية ميشيغن وإدارة القواعد الصحية بميشيغن، وهو ما يتضمن الأمراض التناسلية، والدرن، وفيروسات الالتهاب الكبدي (أ) و(ب) و(ج)، وفيروس
- نقص المناعة البشرية (HIV)، واختبار فيروس نقص المناعة البشرية. متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS)، والمركب المتعلق بمتلازمة نقص المناعة المكتسبة (ARC)
- المعلومات الخاصة بالعلاج من إدمان الكحول أو المخدرات محمية بموجب اللوائح الموجودة ضمن الجزء الثاني من مدونة اللوائح الفيدرالية التنظيمية.
- معلومات سجلات علاج الصحة العقلية، والخدمات النفسية والخدمات الاجتماعية بما في ذلك

الاتصالات التي قمت بها مع أخصائي اجتماعي أو معالج، أو أخصائي نفسي. إقرار بالفهم:

- أفهم أن هذا الترخيص ستنتهي صلاحيته بعد عام من تاريخ توقيعه.
- أستطيع إلغاء هذا الترخيص في أي وقت عن طريق مراسلة مجموعة برونسون للرعاية الصحية (BHG).
- أن ذلك سيكون ساريًا من تاريخ الإخطار، إلا لو كان قد سبق القيام بأعمال ما.
- أفهم أنه في حالة الكشف عن سجلي الطبي لشخص أو لمقدم خدمة، فيمكنهم الكشف عن سجلي الطبي. أعلم أن عليّ مراجعتهم بخصوص قوانين الخصوصية لديهم.
- سأحصل على ملخص لسجلي الطبي إلا لو طلبت السجل كاملاً.
- لن تكون هناك اشتراطات عليّ لو وقعت على هذا النموذج.

يقول قانون ولاية ميشيغن أنني قد أضطر لدفع مقابل لما يلي:

- نسخ من سجلي
- معاينة سجلي
- ملخص مكتوب بالنتائج

(Bronson Healthcare Group) لا يجوز لمجموعة برونسون للرعاية الصحية أن تستفيد من الكشف عن تلك المعلومات

التوقيت

التاريخ

التوقيع

 ولي الأمر

 ممثل شخصي

 أحد الوالدين

 المريض

الصلة:

 التوكيل الدائم للرعاية الصحية - DPOA (مطلوب نسخة من التوكيل الدائم للرعاية الصحية)

 أقرب الأقرباء قانوناً

(الصلة بالمريض)

التوقيت

التاريخ

توقيع موظف مجموعة برونسون للرعاية الصحية

 مرسل بالفاكس

 مستلم باليد

 مرسل بالبريد

للاحتفاظ به كجزء من السجل الدائم

مبلغ التكلفة: دولار أمريكي	√ إن كانت لا توجد تكلفة على المريض
-------------------------------	------------------------------------

عامة