



طلب الحصول على ترخيص لاستخدام وكشف معلومات صحية محمية رقم السجل الطبي \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

الأخير	الأول	الاسم الأوسط	شهر/يوم/سنة
الشارع	رقم الشقة	المدينة	الولاية
الرمز البريدي			

أسمح بـ \_\_\_\_\_  
(اسم الفرد أو الوكالة)

للكشف عن معلوماتي الصحية إلى التالي:

<input type="checkbox"/> مستشفى برونسون ليك فيو (Bronson LakeView Hospital) Hazen Street 408 49079 Paw Paw, MI	<input type="checkbox"/> مستشفى برونسون ميثوديست (Bronson Methodist Hospital) John Street Box F 601 49007 Kalamazoo, MI	<input type="checkbox"/> مركز فيلدستون (Fieldstone Center) N. Washington Ave 165 49037 Battle Creek, MI	<input type="checkbox"/> برونسون باتل كريك (Bronson Battle Creek) North Ave 300 49017 Battle Creek, MI
---	--	--	---

رقم هاتف الوحدة \_\_\_\_\_ رقم فاكس الوحدة \_\_\_\_\_

#### المعلومات التي سيتم الكشف عنها

تواريخ الخدمة

- تقييم دخول المستشفى
- السجلات القلبية
- الاستشارات
- ملخص الخروج
- التاريخ والفحص البدني
- التقارير المخبرية
- سجلات الأدوية
- سجلات التشخيص العصبي
- سجل العملية الجراحية
- تقرير علم الأمراض
- ملاحظات التطور
- تاريخ دخول الطب النفسي
- تقارير الأشعة السينية
- غير ذلك (حدد المحتوى والتواريخ)

#### الغرض من الكشف

- استمرارية الرعاية
- غير ذلك (حدد)

### 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 برونسون باتل كريك.
- 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.

التوقيع

التاريخ

التوقيع

الصلة:  المريض  ولي الأمر  التوكيل الدائم للرعاية الصحية - DPOA (مطلوب نسخة من التوكيل الدائم للرعاية الصحية)

أقرب الأقرباء قانونًا

(الصلة بالمريض)