



للاستخدام في العيادة فقط

Affix Patient Label or MRN: _____

طلب الوصول أو التحويل لاستخدام المعلومات الصحية المحمية والكشف عنها

اسم المريض: _____ التاريخ الميلاد: _____

شهر/يوم/سنة

الاسم الأوسط

الاسم الأول

الاسم الأخير

العنوان: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف: _____

أمنحك الإذن لـ:

Bronson LakeView Hospital

408 Hazen Street
Paw Paw, MI 49079
رقم الهاتف: (269) 341-6487
رقم الفاكس: (269) 341-6528

Bronson Behavior Health

300 North Ave (Fieldstone)
Battle Creek, MI 49017
رقم الهاتف: (269) 341-6487
رقم الفاكس: (269) 341-6528

Bronson Battle Creek

300 North Avenue
Battle Creek, MI 49017
رقم الهاتف: (269) 341-6487
رقم الفاكس: (269) 341-6528

Bronson South Haven

970 S. Bailey Avenue, Suite 3
South Haven, MI 49090
رقم الهاتف: (269) 341-6487
رقم الفاكس: (269) 341-6528

عيادات الأطباء لدى Bronson

العيادة: _____
الطبيب: _____
رقم الهاتف: (269) 341-6487
رقم الفاكس: (269) 341-6528

Bronson Methodist Hospital

601 John Street, Box F
Kalamazoo, MI 49007
رقم الهاتف: (269) 341-6487
رقم الفاكس: (269) 341-6528

تصريح بالإفصاح عن معلوماتي الصحية إلى ما يلي (بوضع دائرة): رقم الفاكس / البريد / الاستلام (الموقع) _____

اسم الفرد أو الوكالة: _____

العنوان: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____

المعلومات المراد الإفصاح عنها:

تواريخ تلقي العلاج:

- سجلات الأدوية
- سجلات الأمراض العصبية
- سجل العمليات الجراحية
- ملاحظات العيادة
- تقرير علم الأمراض
- ملاحظات التقدّم
- صور الأشعة - متوقّرة على CD
- تقارير الأشعة

- السجلات الصحية السلوكية
- السجلات الخاصة بالأمراض القلبية
- الاستشارات
- تقرير الخروج
- سجلات غرفة الطوارئ
- التاريخ الصحي والفحص البدني
- التطعيمات
- تقارير المعمل
- أخرى (يُرجى تحديد نوع العلاج وتواريخه): _____

الغرض من الإفصاح:

- التأمين أو تعويض العامل
- قانوني

- الرعاية المستمرة
- الاستخدام الشخصي
- أخرى (يُرجى التحديد): _____

أمنح تصريحًا بالإفصاح عن المعلومات الصحية المذكورة في سجلاتي الطبية بما في ذلك ما يلي:

- المعلومات المتعلقة بالأمراض المعدية والالتهابات، حسب التعريف المنصوص عليه في القانون وقواعد وزارة الصحة في ميشيغان (Michigan Department of Health)، والتي تشمل الأمراض التناسلية، والسل، والتهاب الكبد A و B و C، وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، واختبار فيروس نقص المناعة البشرية.
- متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) ومجموعة الأعراض المتصلة بالإيدز (ARC).
- المعلومات حول علاج تعاطي المخدرات وإدمان الكحول المحمية بموجب اللوائح المنصوص عليها في قانون اللوائح الفيدرالية 42، الجزء 2
- سجلات علاج الصحة العقلية وخدمات الرعاية النفسية ومعلومات الخدمات الاجتماعية بما في ذلك الاتصالات التي أجريتها مع اختصاصي اجتماعي أو معالج أو اختصاصي نفسي.

أقر بتفهم النقاط التالية:

- أتفهم أن صلاحية هذا التصريح ستنتهي في غضون عام واحد من تاريخ التوقيع عليه.
- يمكنني إلغاء هذا التصريح في أي وقت عن طريق إرسال رسالة إلى Bronson Healthcare Group (BHG).
- سيصبح التصريح ساري المفعول من تاريخ الإخطار، إلا إذا تم اتخاذ إجراء بالفعل.
- أتفهم أنه إذا قمت بالإفصاح عن معلومات سجلي الطبي لشخص أو مقدم رعاية، فيمكنهم بالتالي الإفصاح عن معلومات سجلي الطبي. أدرك أنني بحاجة إلى التحقق معهم بشأن قواعد الخصوصية التي يطبقونها.
- سأحصل على ملخص لسجلي الطبي ما لم أطلب سجلي بالكامل.
- لن تُفرض أي شروط علي إذا وقّعت على هذا النموذج.

ينص قانون ولاية ميشيغان على أنه يتعين عليّ الدفع مقابل ما يلي:

- الحصول على نُسخ من سجلي
- التحقق من سجلي
- ملخص مكتوب بالنتائج

لن تُحقّق Bronson Healthcare Group أي استفادة إزاء الإفصاح عن هذه المعلومات.

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____

العلاقة: المريض ولي الأمر الممثل الشخصي الوصي

DPOA (الوكيل الدائم المعني بشؤون الرعاية الصحية) (يلزم تقديم نسخة من DPOA)

القريب من الدرجة الأولى قانونيًا _____ العلاقة

بيان المترجم الفوري: لقد ترجمت النص الوارد في هذا النموذج فورًا للمريض أو لولي الأمر أو أقرب فرد من العائلة أو الوصي القانوني.

توقيع المترجم الفوري: _____ رقم معرف الهوية: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____

توقيع موظفي BHG: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____

تم الإرسال عبر البريد تم الاستلام تم الإرسال بالفاكس إلى: _____

يجب الاحتفاظ بهذا المستند كجزء من السجل الدائم