

تقديم طلب إلى مؤسسة خارجية للحصول على معلومات صحية محمية

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____

الاسم الأول _____ حرف الاسم الأوسط _____ الاسم الأخير _____

العنوان: _____ رقم المنزل/ رقم الشقة: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف: _____ رقم السجل الطبي: _____

أمنحك الأذن لـ:

اسم الفرد أو الوكالة: _____

العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____

تصريح بالإفصاح عن معلوماتي الصحية إلى الوكالات التالية:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bronson LakeView Hospital
408 Hazen Street
Paw Paw, MI 49079
رقم الهاتف: (269) 657-1465
رقم الفاكس: (269) 341-6528 | <input type="checkbox"/> Bronson Methodist
601 John Street, Box F
Kalamazoo, MI 49007
رقم الهاتف: (269) 341-6487
رقم الفاكس: (269) 341-6528 | <input type="checkbox"/> مستشفى Bronson Behavior Health
165 N. Washington Avenue
Battle Creek, MI 49037
رقم الهاتف: (269) 245-5851، الخيار 2
رقم الفاكس: (269) 341-6528 | <input type="checkbox"/> Bronson Battle Creek
300 North Avenue
Battle Creek, MI 49017
رقم الهاتف: (269) 245-5851، الخيار 2
رقم الفاكس: (269) 341-6528 |
|--|--|--|--|

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> عيادات الأطباء لدى Bronson
العيادة: _____
العنوان: _____
الطبيب: _____
رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____
رقم هاتف الوحدة: <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> مركز Bronson Breast Health Center
601 John Street, Suite M-515
Kalamazoo, MI 49007
رقم الهاتف: (269) 341-8432
رقم الفاكس: (269) 341-7914
رقم الفاكس: <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> مستشفى Bronson South Haven
970 S. Bailey Avenue, Suite 3
South Haven, MI 49090
رقم الهاتف: (269) 637-5271، الخيار 6
رقم الفاكس: (269) 341-6528
إرسال السجلات الطبية بالفاكس إلى الوحدة: <input type="checkbox"/> |
|---|--|---|

المعلومات المراد الإفصاح عنها:

تواريخ تلقي العلاج:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> تقييم الدخول | <input type="checkbox"/> السجلات الخاصة بالأمراض القلبية |
| <input type="checkbox"/> الاستشاريون | <input type="checkbox"/> تقرير الخروج |
| <input type="checkbox"/> التاريخ الصحي والفحص البدني | <input type="checkbox"/> التطعيمات |
| <input type="checkbox"/> تقارير المعمل | <input type="checkbox"/> تصوير الثدي الشعاعي - يُرجى إرسال التقارير والصور المتوفرة للفحوصات المتعلقة بالثدي (بما في ذلك تصوير الثدي بالرنين المغناطيسي "MRI" وفحوصات الموجات فوق الصوتية "U/S") إلكترونياً. في حال تعذر إرسال الصور إلكترونياً، فيرجى إرسال قرص بتنسيق DICOM بالبريد وإرسال التقرير (التقارير) ذات الصلة بالفاكس. |
| <input type="checkbox"/> سجلات الأدوية | <input type="checkbox"/> سجلات الأمراض العصبية |
| <input type="checkbox"/> سجل العمليات الجراحية | <input type="checkbox"/> تقرير علم الأمراض |
| <input type="checkbox"/> سجل دخول مستشفى أمراض نفسية | <input type="checkbox"/> تقارير الأشعة السينية |
| <input type="checkbox"/> أخرى (يُرجى تحديد نوع العلاج وتواريخه): _____ | |

الغرض من الإفصاح

 الرعاية المستمرة أخرى (يُرجى التحديد)

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

- 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، فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، واختبار فيروس نقص المناعة البشرية.
- متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) ومجموعة الأعراض المتصلة بالإيدز (ARC).
- معلومات 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 وقَّعت على هذا النموذج.

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____

العلاقة: المريض الوصي الوكيل الدائم المعني بشؤون الرعاية الصحية (DPOA)

القريب من الدرجة الأولى قانونيًا العلاقة بالمريض: _____