



1ROI

\* جميع البنود المذيلة بعلامة النجمة استكمالها إلزامي.

<p>* اسم المريض _____</p> <p>* رقم الضمان الاجتماعي (اختياري) _____</p> <p>* المنشأة _____</p> <p>* تاريخ الخدمة _____</p> <p>* عنوان المريض _____</p> <p>رقم السجل الطبي _____</p> <p>* تاريخ ميلاد المريض _____</p> <p>* رقم الهاتف للاتصال _____</p>	<p>رقم الهاتف (مطلوب في حالة إرسال السجلات بالفاكس) _____</p> <p>رقم الفاكس _____</p> <p>رقم الطبيب <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/></p>
<p>الرمز البريدي _____</p> <p>الولاية _____</p> <p>المدينة _____</p> <p>عنوان الشارع _____</p>	<p>الرمز البريدي _____</p> <p>الولاية _____</p> <p>المدينة _____</p> <p>عنوان الشارع _____</p>
<p>* أقر أنا الموقع أدناه بأنني أعطي الإذن لـ Inova Health System (نظام إنوفا الصحي) بالكشف أو الإفصاح عن المعلومات التالية للجهة التالية:</p>	
<p>* المعلومات التي سيتم الكشف/الإفصاح عنها:</p>	
<p>ملخصات السجل الطبي:</p> <p>الإستشارة <input type="checkbox"/></p> <p>ملخص التنسريح (من المستشفى) <input type="checkbox"/></p> <p>تخطيط القلب/الدماغ <input type="checkbox"/></p> <p>سجل قسم الطوارئ <input type="checkbox"/></p> <p>صفحة الغلاف - النقاط المهمة <input type="checkbox"/></p>	<p>معلومات الفوترة <input type="checkbox"/></p> <p>السجل الطبي كملأ <input type="checkbox"/></p> <p>تواريخ دخول المستشفى/العلاج المطلوب: _____</p> <p>أخرى <input type="checkbox"/></p>
<p>سجلات أخرى:</p> <p>أوامر الطبيب <input type="checkbox"/></p> <p>خطة الرعاية <input type="checkbox"/></p> <p>ملاحظات التقييم <input type="checkbox"/></p> <p>ملاحظات الإدخال إلى قسم الأمراض النفسية <input type="checkbox"/></p> <p>التقييم النفسي <input type="checkbox"/></p> <p>أسطوانة/أفلام الأشعة <input type="checkbox"/></p> <p>غير ذلك <input type="checkbox"/></p>	<p>تقارير المعمل (المختبر) <input type="checkbox"/></p> <p>تقرير تفاصيل الجراحة <input type="checkbox"/></p> <p>التقرير الباثولوجي (المَرَضِيَّات) <input type="checkbox"/></p> <p>تقارير الأشعة <input type="checkbox"/></p> <p>السجل المرضي والبدني <input type="checkbox"/></p>
<p>* الغرض:</p> <p>المتابعة الطبية <input type="checkbox"/></p> <p>محامي <input type="checkbox"/></p> <p>استخدام شخصي <input type="checkbox"/></p> <p>إعاقه <input type="checkbox"/></p> <p>تأمين <input type="checkbox"/></p> <p>غير ذلك <input type="checkbox"/></p>	<p>* طريقة تسليم/إرسال السجلات:</p> <p>يرجى إرسالها بالبريد <input type="checkbox"/></p> <p>أود الاطلاع شخصياً عليها <input type="checkbox"/></p> <p>(يجب تحديد موعد للاطلاع)</p> <p>إرسالها بالفاكس للرقم الموضح أعلاه <input type="checkbox"/></p> <p>سأمر لأخذها بنفسني <input type="checkbox"/></p>
<p>* الرسوم:</p> <p>0.50 سنت للصفحة</p> <p>0.25 سنت للصفحة</p> <p>1.00 دولار للصفحة</p> <p>رسوم إضافية 5.00 دولارات</p> <p>10.00 دولارات للأسطوانة</p> <p>تضاف حسب الحاجة</p>	<p>50-1 صفحة:</p> <p>51 صفحة فاكس:</p> <p>ميكروفيلم:</p> <p>أسطوانات أو فلاش يو اس بي:</p> <p>صور أشعة على أسطوانة:</p> <p>طوابع البريد:</p>
<p>أقر بأنني أدرك أن الجهة أو الشخص الذي سيتلقى معلوماتي إن لم يكن مقدمًا لخدمات الرعاية الصحية أو برنامج تأمين صحي خاضعًا للوائح الخصوصية الخاصة بقانون النقل والمحاسبة للتأمين الصحي فقد يتم إعادة الكشف عن هذه المعلومات لطرف آخر لأنها ستصبح خارج الحماية التي تفرضها هذه اللوائح.</p> <p>وأقر بفهمي وعلمي بأنني إذا أردت إلغاء هذا التفويض فسيتوجب عليّ تقديم إخطار مكتوب إلى القسم المذكور في أعلى هذا النموذج.</p> <p>وأقر بفهمي وإدراكي أن الغائي للتفويض لن يسري على المعلومات التي سبق أن تم الكشف عنها سلفاً بموجب هذا التفويض.</p> <p>وأقر بفهمي وعلمي بأن Inova Health System (نظام إنوفا الصحي) لا يجوز له أن يرهن الموافقة على علاجي بقراري التوقيع على هذا التفويض.</p> <p>أقر بفهمي وعلمي بأن هذا الإفصاح (عن المعلومات) قد يتضمن معلومات عن تعاطي المخدرات، إدمان الكحول، أو معاقرة الكحول، الأمراض النفسية أو العقلية، مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) أو الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري (HIV)، والخاضعة لمرسوم فدرالي (مرسوم 42 من اللوائح الفدرالية الجزء الثاني).</p>	
<p>* توقيع المريض أو الوكيل الممثل له (Signature of Patient or Authorized Representative)</p>	<p>* التاريخ/الوقت (Date/Time) تنتهي صلاحية التفويض بعد ستة أشهر من تاريخ التوقيع</p>
<p>* اسم المريض أو الوكيل الممثل له (Print Name of Patient or Authorized Representative)</p>	<p>* العلاقة بالمريض (Relationship to Patient)</p>

PATIENT IDENTIFICATION

**INOVA HEALTH SYSTEM**  
**منح إذن بالكشف/الإفصاح عن**  
**معلومات صحية محمية**  
**Authorization to Release/Disclose**  
**Protected Health Information - Arabic**

