



بريد إلكتروني: HIM@daphealth.org • هاتف: 760-656-8409 • فاكس:

تفويض لطرف خارجي الوصول إلى المعلومات الصحية

يُعتبر هذا التفويض غير صالح إذا لم يتم ملؤه بالكامل

يرجى ملاحظة: هذا النموذج مخصص للمريض لاستكمالها من أجل منح شخص آخر إمكانية الوصول إلى معلوماته الطبية / الصحية.

معلومات المريض	الاسم القانوني للمريض:
	تاريخ الميلاد:
	رقم الهاتف:
	العنوان:
	المدينة/الولاية/الرمز البريدي:

أفوض DAP Health بالإفصاح عن المعلومات الصحية إلى:	لما يلي: (حدد خيارًا واحدًا)	الشخص/الجهة:
		العنوان:
		المدينة/الولاية/الرمز البريدي:
		الهاتف/الفاكس/البريد الإلكتروني:
		توكيل MyChart (للأعمار من 12 إلى 17 عامًا)

المعلومات المطلوبة الإفصاح عنها	ملاحظات التقدم/زيارات العيادة:
	سجلات طب التوليد (OB)
	ملاحظات التقدم النفسي (يتطلب تفويضًا منفصلاً لسجلات العلاج النفسي والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات)
	المختبرات
	قائمة الأدوية
	تقارير التصوير الإشعاعي
	التحصينات
	التواصل الشفهي غير ذلك (يرجى التحديد):

التسليم	الاستلام الجسدي (سيتم وضع السجلات التي تتجاوز 100 صفحة على قرص مضغوط)
	الفاكس
	البريد الإلكتروني المشفر (أدرك أن البريد الإلكتروني غير المشفر ليس سرًا، ويمكن اعتراضه وقراءته من قبل الآخرين)

المعلومات المحظورة

أدرك أن المعلومات التي سيتم الإفصاح أو الكشف عنها قد تتضمن معلومات تتعلق بالأمراض المنقولة جنسياً و/أو متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) و/أو فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) و/أو تعاطي المخدرات و/أو الصحة العقلية. أفوض بالإفصاح عن هذا النوع من المعلومات أو الكشف عنها، باستثناء:

ملاحظة: يلزم تصريح منفصل لملاحظات تقدم العلاج النفسي

الغرض والإشارات

- بتوقيعي على هذا النموذج أقر وأفهم ما يلي:
1. قد يتم الكشف عن المعلومات الصحية التي تم الإفصاح عنها بموجب هذا التفويض بشكل أكبر وقد لا تكون محمية بموجب لوائح الخصوصية الفيدرالية.
 2. أحتفظ بالحق في إلغاء هذا التفويض للإفراج عن السجلات في أي وقت عن طريق تقديم إشعار كتابي إلى DAP Health، باستثناء الحالات التي تم فيها بالفعل اتخاذ إجراء بناءً على هذا التفويض (تُرسَل إلى العنوان التالي DAP Health, 1695 North Sunrise Way, Palm Springs, Ca 92262). يمكن العثور على مزيد من التفاصيل في إشعار ممارسات الخصوصية.
 3. إن هذا التفويض للإفراج عن المعلومات الصحية هو أمر طوعي، ولن يتأثر علاجي أو مدفوعاتي أو تسجيلي أو أهليتي للحصول على المزايا بتوقيعي على هذا التفويض من عدمه.
 4. يحق لي الحصول على نسخة من هذا التفويض.

انتهاء الصلاحية

في حال عدم تحديد تاريخ، تنتهي صلاحية هذا التفويض **بعد 12 شهراً** من تاريخ توقيع هذا النموذج (الاستثناء: بظل توكيل MyChart صالحاً حتى يبلغ القاصر 18 عاماً أو يتم إلغاؤه).

يسري هذا التفويض اعتباراً من:

توقيع المريض

التوقيع:

التاريخ:

توقيع الطرف الثالث

التوقيع:

علاقة الممثل:

ملاحظة: إذا كنت ممثلاً قانونياً، بأي صفة، يرجى إرفاق المستندات إن لم تكن قد قدمت بالفعل إلى DAP Health

الرجاء إرفاق بطاقة هوية تحتوي على صورة

للموظفين فقط

لقد شهدت على تنفيذ هذا التفويض.

اسم الموظف:

توقيع الموظف

التاريخ: