



1695 North Sunrise Way, Palm Springs, CA 92262
البريد الإلكتروني: HIM@daphealth.org • هاتف: 760-656-8409 • فاكس: 760-416-1651

طلب تعديل المعلومات الصحية المحمية

بموجب القانون العام 104-191، المعروف أيضًا باسم HIPAA، يحق لك طلب تعديل سجلاتك الطبية الشخصية بناءً على طلب كتابي.

معلومات المريض	الاسم القانوني للمريض: _____ تاريخ الميلاد: _____ الهاتف: _____ العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
المعلومات	أسماء كُتاب الملاحظات غير الدقيقة أو غير المكتملة: _____ تواريخ الخدمة المطلوب تعديلها: _____ _____
التوضيح	يرجى توضيح أسباب عدم دقة الوثائق أو عدم اكتمالها: _____ _____ _____ _____ _____ _____
التعديل المطلوب	يرجى بيان ما يجب أن تشير إليه البيانات المدخلة تحديدًا لتكون دقيقة وكاملة: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

السياسات والقيود المفروضة على تعديلات السجلات الطبية الشخصية

- بموجب القانون الفيدرالي، يجوز أن نقبل طلبك لإجراء تعديلات على سجلاتك الطبية، أو نرفضه. إذا رفضنا طلبك، يتعين علينا تضمين نسخة من عدم الموافقة في سجلاتك الطبية، إلى جانب طلبك.
- نحن مطالبون فقط بتعديل المعلومات الموجودة ضمن "مجموعة السجلات المخصصة" الخاصة بك، وهي المعلومات الطبية والشخصية ومعلومات مقر الأعمال التي أنشأناها ونحتفظ بها في منشأتنا، والتي يتم استخدامها لإتخاذ قرارات مباشرة بشأن رعايتك الصحية وعلاجك. فإذا كانت المعلومات التي ترغب في تعديلها قد أنشئت بواسطة جهة أخرى، فيجب عليك التواصل مع هذه الجهة مباشرة لتعديل تلك المعلومات.
- الأنواع التالية من المعلومات معفاة من التعديل:
 - العناصر غير المحفوظة في السجلات الصحية القانونية
 - السجلات التعليمية المعفاة من قانون HIPAA
 - ملاحظات العلاج النفسي
 - البيانات المستثناة بموجب قانون تحسينات المختبرات السريرية (Clinical Lab Improvements Act)
 - البيانات الضالعة في الإجراءات الجنائية أو المدنية أو الإدارية
 - السجلات التي تُجمع لغرض التشريع
- بموجب القانون الفيدرالي، يجب أن نتصرف بناءً على طلبك للتعديلات في غضون ستين (60) يومًا من طلبك المبدئي، إما عن طريق تعديل سجلاتك الطبية أو عن طريق إحاطتك برفض كتابي لطلبك. قد يستغرق الأمر ثلاثين (30) يومًا إضافيًا للتصرف بناءً على طلبك، شريطة أن نقدم لك إشعارًا كتابيًا بسبب التأخير وتاريخ الانتهاء المتوقع.
- إذا رفضنا طلب التعديل، فسنرسل إليك إشعارًا كتابيًا بأسباب الرفض.
 - يحق لك تقديم "بيان عدم موافقة" مع الرفض.
 - يحق لك تقديم شكوى إلى إدارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (US Department of Health and Human Services) بشأن رفض التعديل

التوقيع:

(المريض، أو التوكيل الرسمي، أو الممثل القانوني)

علاقة الممثل:

ملاحظة: إذا كنت ممثلًا قانونيًا بأي صفة، يرجى إرفاق المستندات إذا لم تكن قد قدمت بالفعل إلى DAP Health.

اسم الموظف:

لقد شهدتُ تنفيذ هذا الطلب.

توقيع الموظف:

التاريخ: