

تفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية

يعتبر هذا التفويض غير صالح إذا لم يتم ملؤه بالكامل

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

أفوض DAP Health بما يلي:	الإفصاح عن السجلات إلى: طلب السجلات من:	الشخص/الجهة: العنوان: المدينة/الولاية/الرمز البريدي: الهاتف/الفاكس/البريد الإلكتروني:	لما يلي: (حدد خيارًا واحدًا)	
				الرعاية المستمرة
				التأمين
				المسائل القانونية
				المسائل الشخصية
				غير ذلك:

المعلومات المطلوبة للإفصاح عنها	حدد التاريخ للمعلومات المحددة أدناه من:
	إلى:
	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	
غير ذلك (يرجى التحديد):	

التسليم	الاستلام الجسدي (سيتم وضع السجلات التي تتجاوز 100 صفحة على قرص مضغوط)
	الفاكس
	الهاتف
	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 جنسيًا 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
--------------------	--

الحقوق والإقرارات	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. أحفظ 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.
-------------------	---

الانتهاء الصالح	ما لم يتم إلغاؤه بخلاف ذلك، تنتهي صلاحية التفويض بتاريخ _____ (أدخل التاريخ أو الحدث). إذا لم يتم تحديد أي تاريخ، فستنتهي صلاحية هذا التفويض بعد 12 شهرًا من تاريخ التوقيع.
-----------------	--

التوقيع	التوقيع: _____ علاقة الممثل: _____ ملاحظة: إذا كنت ممثلًا قانونيًا، بأي صفة، يُرجى إرفاق المستندات إن لم تكن قد قدمت بالفعل إلى DAP Health	التاريخ: _____
---------	---	-----------------------

للموظفين فقط	لقد شهدت على تنفيذ هذا التفويض. <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">اسم الموظف:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>توقيع الموظف:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>التاريخ:</td> <td></td> </tr> </table>	اسم الموظف:		توقيع الموظف:		التاريخ:	
اسم الموظف:							
توقيع الموظف:							
التاريخ:							