



بريد إلكتروني: gro.htlaehpad@MIH • هاتف: 760-656-8409 • فاكس: _____

تفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية

هذا التفويض غير صالح إذا لم يتم تعبئته 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:		الإفصاح عن/طلب السجلات	للسبب التالي: (حدد واحدًا) ☐ الرعاية المستمرة ☐ التأمين ☐ المسائل القانونية ☐ المسائل الشخصية ☐ غير ذلك:	التوقيع
حدد تاريخ المعلومات المحددة أدناه من: إلى: ☐ زيارة العيادة / ملاحظات متابعة الحالة ☐ سجلات طب النساء والتوليد ☐ الصحة السلوكية - سجلات العلاج ☐ الصحة السلوكية - السجلات النفسية ☐ الصحة السلوكية - جميع سجلات الصحة السلوكية ☐ نتائج الفحوصات المخبرية ☐ قائمة الأدوية ☐ تقارير التصوير الإشعاعي ☐ التحصينات ☐ غير ذلك (يُرجى التحديد):		المعلومات المطلوب الإفصاح عنها		
الاستلام ☐ الفاكس ☐ البريد ☐ البريد الإلكتروني المشفّر (أدرك أن البريد الإلكتروني غير المشفّر ليس سرّيًا، ويمكن اعتراضه وقراءته من قبل الآخرين) ☐		طريقة التسليم		

المعلومات المحظورة	أدرك أن المعلومات التي سيتم الإفصاح عنها 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 المواد و/أو الصحة العقلية. وأفوض بالإفصاح عن هذا النوع من المعلومات أو الكشف عنه باستثناء:
الحقوق والإقرارات	بتوقيعي على هذا النموذج، فإنني أعني ما يلي: 1. قد تخضع المعلومات الصحية المستخدمة والمفصح عنها بموجب هذا التفويض لإعادة الإفصاح، وقد لا تعود محمية بموجب لوائح الخصوصية الفيدرالية. 2. يحق لي إلغاء هذا التفويض للإفصاح عن السجلات في أي وقت، وذلك من خلال إرسال طلب كتابي إلى DAP Health، باستثناء ما تم اتخاذه بالفعل من إجراءات استناداً إلى هذا التفويض، يُرسل إلى: DAP Health, 1695 North Sunrise Way, Palm Springs, CA 92262. يمكن العثور على مزيد من التفاصيل في إشعار ممارسات الخصوصية. 3. هذا التفويض للإفصاح عن المعلومات الصحية طوعي، ولن تكون المعالجة أو الدفع أو التسجيل أو الأهلية للحصول على المزايا مشروطة بما إذا كنت أوقع على هذا التفويض أم لا. 4. يحق لي الحصول على نسخة من هذا التفويض.
النهاية الصلاحية	ما لم يتم إلغاؤه قبل ذلك، تنتهي صلاحية التفويض في _____ ، (يُدرج التاريخ أو الحدث). في حال عدم تحديد تاريخ، تنتهي صلاحية هذا التفويض بعد 12 شهرًا من تاريخ التوقيع.
التوقيع	التوقيع: صفة الممثل أو علاقته بالمريض: ملاحظة: إذا كان الموقع ممثلًا قانونيًا، بأي صفة كانت، يرجى إرفاق المستندات إذا لم تكن قد أودعت بالفعل لدى DAP Health.
للموظفين فقط	اسم الموظف: توقيع الموظف: التاريخ: