

نموذج

يرجى إكمال جميع الحقول لضمان سرعة التنفيذ

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____
العنوان: _____ الهاتف: _____
المدينة والولاية: _____ البريد الإلكتروني: _____

قد تُفرض رسوم مقابل الإفصاح عن السجلات الطبية

إلى من تريد إرسال السجلات؟

كيف تريد تسليم السجلات؟

العنوان البريدي:

البريد الإلكتروني:

الفاكس #:

ما نوع السجلات المطلوبة؟ (يرجى تحديد كل ما ينطبق)

السجلات الطبية سجلات الصحة المهنية بيانات الفواتير المفصلة أخرى:

ما المدة الزمنية المطلوبة؟ بدءًا من: _____ إلى: _____

ملحوظة: قد تتضمن السجلات معلومات حساسة عن الصحة العقلية وإدمان الكحول أو المخدرات وفيروس نقص المناعة البشري/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز). ما الغرض من استخدام هذه السجلات؟

طلب المريض التأمين الضمان الاجتماعي/الإعاقة غير ذلك: _____
 متابعة الرعاية محامٍ تعويضات العمال

- أفهم أن التواصل عبر البريد الإلكتروني ينطوي على مخاطر مع احتمال اعتراض آخرين لرسائل البريد الإلكتروني أو تغييرها أو إعادة توجيهها أو قراءتها.
- أفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا التفويض بالكتابة إلى Athletico 2122 York Rd. Ste. 300 Oak Brook, IL 60523 في أي وقت، على أن يسري هذا الإلغاء في تاريخ الإخطار باستثناء الإجراءات التي سبق اتخاذها بالاعتماد على هذا التفويض.
- أفهم أن رعايتي الصحية لن تتأثر إذا لم أوقع هذا النموذج.
- أفهم أنه ما لم يُلغى هذا التفويض، سينتهي في التاريخ أو الحدث التالي: _____.
- إذا لم يُحدد تاريخ، فسينتهي التفويض بعد عام (1) من تاريخ توقيعه.
- أفهم أن لي الحق في مراجعة معلوماتي الصحية قبل الإفصاح عنها. كما أفهم أن لي الحق في الحصول على نسخة من هذا التفويض.

التاريخ

توقيع المريض أو الممثل القانوني المفوض***

صلة الممثل القانوني المعتمد بالمريض

اسم المريض أو الممثل القانوني المعتمد***

***في حال توقيع شخص آخر غير المريض، يلزم تقديم أوراق إضافية لتأكيد التمثيل القانوني.

إعادة الإفصاح: يُخطر المريض أو ممثله القانوني الموقع على هذا التفويض بأن المركز لا يضمن الاحتفاظ بالجهة المستلمة الإفصاح عن المعلومات الصحية المطلوبة. كما تُوجّه الجهة المتلقية بأن القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية قد تُقيّد -إعادة الإفصاح عن أنواع معينة من المعلومات الصحية الحساسة، بما فيها سجلات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات، ومعلومات فيروس نقص المناعة البشرية، ومعلومات علاج الصحة النفسية، وأن -إعادة الإفصاح عن هذه الفئات قد يكون محظورًا دون موافقة خطية صريحة من المريض أو على النحو الذي يسمح به القانون.