

ARABIC - MEDICAL RECORDS RELEASE OF INFORMATION AUTHORIZATION FORM

استمارة تفويض بإصدار معلومات السجلات الطبية

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

** قد فرض رسوم مقابل كشف السجلات الطبية **

أرسل إلى: _____ (الشخص/المؤسسة)

اختر وسيلة الإرسال:

العنوان البريدي

البريد الإلكتروني رقم الفاكس: _____

السجلات المطلوب كشفها: (اختر كل ما ينطبق)

جميع السجلات الطبية بيانات فواتير مفصلة أخرى

الرجاء توفير نسخة من سجلاتي الطبية لكل تواريخ الخدمات أو: من: _____ إلى: _____

ملاحظة: كشف المعلومات يشمل المعلومات الحساسة كالصحة العقلية، إدمان المخدرات/ الكحول ومرض نقص المناعة المكتسبة

سيستخدم هذا التفويض من أجل: (اختر واحدة)

طلب المريض التأمين الضمان الصحي/الإعاقة أخرى
 استمرار العناية المحامي تعويض العامل

- أدرك أن التواصل بالبريد الإلكتروني له عدة المخاطر، ومن الممكن أن يتم التعرض للبريد الإلكتروني المرسل أو تغييره أو إرساله أو قراءته من قبل آخرين
- أدرك أنني قد أسحب هذا التفويض بالكتابة خطياً الى Athletico 600 Oakmont Lane, Suite C, Westmont, IL 60559 في أي وقت وسيكون ذلك ساري المفعول في التاريخ المبلغ ماعدا الى الحد الذي تم فيه اتخاذ الإجراء بالاعتماد على هذا التفويض.
- أدرك أن رعايتي الصحية لن تتأثر في حال لم أوقع على هذا التفويض.
- أدرك أن هذا التفويض - ما لم يتم إبطاله - ستنتهي صلاحيته في هذا التاريخ أو الحدث: _____
- في حال لم يتم ذكر تاريخ، ستنتهي صلاحية التفويض بعد سنة من تاريخ توقيعه.
- أدرك أن لي الحق في مراجعة المعلومات الصحية الخاصة بي قبل نشرها. كما أدرك حقي في الحصول على نسخة من هذا التفويض.

التاريخ

توقيع المريض أو الممثل المخول قانونياً

علاقة الممثل المخول قانونياً بالمريض

الاسم المطبوع للمريض الممثل المخول قانونياً

إعادة الكشف: تم إعلام المريض أو الممثل المخول قانونياً الذي يوقع هذا التفويض أن أثليتيكو لا يمكنها ضمان أن متلقي المعلومات الصحية المطلوبة لن يعيد كشفها أو بعضها لآخرين. تم إعلام المتلقي أن القوانين تمنع إعادة كشف أي معلومات صحية فيما يخص إدمان المخدرات/الكحول، ومرض نقص المناعة المكتسبة، وعلاج الصحة العقلية.
