

نموذج تفويض بالرجوع إلى واستعمال السجلات الطبية

إسم المريض: _____ تاريخ الولادة: _____
العنوان: _____ رقم الهاتف: _____
البريد الإلكتروني: _____

**** قد يترتب بعض الرسوم نتيجة استخدام السجلات الطبية ****

موجه إلى: _____ (أفراد وما يرتبط بهم من منظمات أو كيانات) العنوان

(مطلوب لإتمام الإجراءات) _____
حدد طريقة التسليم: _____
العنوان البريدي: _____
البريد الإلكتروني: _____ فاكس: _____

السجلات المطلوب تحريرها (يرجى الإشارة إلى كل ما هو مطلوب)
كل السجلات الطبية * البيانات المالية المفصلة _____
مختلف: _____

الرجاء تزويد الجهة الطالبة بكل سجلاتي الطبية ضمن كل فترة الخدمة المقدمة، أو من تاريخ: _____
إلى تاريخ: _____

ملاحظة: إن تحرير السجلات الطبية قد يتضمن معلومات حساسة، مثل الصحة العقلية، تعاطي الكحول المفرط أو
المواد المخدرة، أو الإصابة بمرض نقص المناعة المكتسبة (HIV / AIDS)
يمكن لهذا التفويض أن يُستخدم من قبل: (إختر واحد فقط)

- بناءً على طلب المريض التأمين الضمان الإجتماعي/ الإعاقة * مختلف
 متابعة العلاج محامي التعويضات الوظيفية

- أدرك بأنه عند اللجوء إلى مراسلات البريد الإلكتروني بغرض التواصل قد يحمل بعض المخاطر، منها احتمال تعرض الرسائل للتلف أو الفقدان أو الاعتراض والإحتجاز أو التوجيه الجانبي، مما قد يؤدي إلى إضطلاح آخرين على محتواها.
- أدرك بأنني قد أطلب إلغاء هذا التفويض كتابياً إلى سجلات أثليتيكو الطبية: 2122 York Road, Ste. 300, Oak Brook, IL 60523 ، بأي وقت وبأن يكون إلغاء هذا التفويض مفعلاً اعتباراً من التاريخ المدون عليه، باستثناء حالة التمديد الطوعي للتفويض.
- أفهم وأدرك بأن الخدمة الصحية المقدمة لي لن تتأثر بنتيجة توقيعي على هذا التفويض.
- أدرك بأن صلاحية هذا التفويض تنتهي بتاريخ: -----، باستثناء إلغاءه بتاريخ مختلف.
- إذا لم يتم تحديد تاريخ معين، فإن هذا التفويض سوف يفقد صلاحيته بصورة تلقائية بعد مرور عام واحد (1) على تاريخ توقيعه.
- أدرك بأنه من حقي بمراجعة سجلاتي الطبية قبل توقيع هذا التفويض، وكذلك بأنه لي الحق بالحصول على نسخة من هذا التفويض.

توقيع المريض أو ممثله القانوني _____ التاريخ _____

المريض أو اسم ممثله القانوني _____ العلاقة بين الممثل القانوني المفوض والمريض

*** التفويض القانوني يحتاج إلى كتاب تمثيل رسمي إذا كان هذا التفويض موقفاً من قبل محامي المريض.

إعادة التأكيد (الإفصاح): يرجى الإنتباه إلى أنه بموجب هذا التفويض الموقع من قبل المريض أو ممثله لبقانة ني، فإن أثليتيكو لا تضمن عدم قيام الطرف المستقبل للمعلومات الطبية بنقلها لجهة أخرى، مع أخذ العلم بأن الطرف المتلقي ممنوع بموجب القوانين من إعطاء المعلومات الطبية أو المتعلقة بالتناول المفرط للكحول أو المواد المخدرة أو الإصابة بمرض نقص المناعة المكتسبة HIV أو الحالة الصحية العقلية للمريض.