

نموذج تفويض للإفصاح عن معلومات سجلات طبية

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

** قد يلزم دفع رسوم للإفصاح عن معلومات السجلات الطبية **
يرجى التسليم إلى: _____ (اسم الفرد، بما في ذلك الاسم الملحق أو المنظمة)
العنوان (مطلوب لإتمام الإجراءات): _____

يرجى وضع علامة على طريقة التسليم:

العنوان البريدي: _____
 عنوان البريد الإلكتروني: _____
 الفاكس #: _____
السجلات المطلوبة للإفصاح عنها (يرجى وضع علامة على جميع السجلات المطلوبة):
 السجلات الطبية سجلات الصحة المهنية بيانات الفواتير المفصلة أخرى: _____

يرجى توفير نسخة من سجلاتي الطبية في مواعيد الخدمة: من: _____ إلى: _____
ملاحظة: سيتضمن الإفصاح عن السجلات معلومات حساسة مثل الصحة العقلية وفرط تعاطي الكحول/ المخدرات والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز

سيستخدم هذا التفويض لـ: (ضع علامة على خيار واحد فقط)

طلب المريض التأمين الضمان الاجتماعي/ الإعاقة أخرى
 استمرار الرعاية المحامي تعويض العمال

- أدرك أن التواصل عبر البريد الإلكتروني ينطوي على عدد من المخاطر، وهناك احتمال أن يتم اعتراض البريد الإلكتروني المرسل أو المستلم و/أو تغييره و/أو إعادة توجيهه و/أو قراءته بواسطة الآخرين.
- أدرك أنه يجوز لي إلغاء هذا التفويض كتابيًا لأثليتيكو الكائنة في 2122 طريق يورك جناح 300 – أوك بروك – إيلينوي 60523 في أي وقت وسيصبح ساريًا اعتبارًا من تاريخ الإخطار باستثناء الحد الذي تم فيه اتخاذ إجراء بناءً على هذا التفويض.
- أدرك أن رعايتي الصحية لن تتأثر إذا لم أوقع على هذا النموذج.
- أدرك أنه ما لم يتم إلغاء هذا التفويض فسينتهي هذا التفويض في التاريخ أو الحدث التالي: _____
- إذا لم يتم تحديد أي تاريخ فستنتهي صلاحية التفويض بعد عام واحد (1) من تاريخ التوقيع.
- أدرك أن لدي الحق في مراجعة معلوماتي الصحية قبل الإفصاح عنها. وأدرك أيضًا أن لدي الحق في الحصول على نسخة من هذا التفويض.

التاريخ:

توقيع المريض أو الممثل المفوض قانونًا

*** ستكون هناك حاجة إلى خطاب التمثيل القانوني إذا تم توقيع التفويض من قبل محامي المريض

إعادة الإفصاح: يرجى العلم بأنه بموجب هذا التفويض الموقع من قبل المريض أو الممثل القانوني بأن أثيليتكو لا تضمن بأن المستلم الذي يتلقى المعلومات الصحية المطلوبة لن يعيد الإفصاح عن أي منها أو جميعها للآخرين. وبموجبه يتم إخطار المستلم بأن القوانين تحظر إعادة الإفصاح عن أي معلومات صحية بخصوص فرط تعاطي المخدرات و/أو الكحول و علاج فيروس نقص المناعة البشرية والصحة العقلية.

2023/27/10