

معلومات العميل		
اسم العائلة:	الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:
رقم الحالة:	رقم الضمان الاجتماعي:	تاريخ الميلاد:

كيف نتواصل معك؟			
رقم الهاتف:	العنوان:	المدينة/الولاية:	الرمز البريدي:
إذا لم تكن العميل:		اكتب اسمك بأحرف كبيرة:	
		وضح علاقتك بالعميل:	

من يمكنه مشاركة المعلومات:		
اسم الشخص أو الكيان:	رقم الهاتف:	
العنوان:	المدينة/الولاية:	الرمز البريدي:
الغرض من الطلب:		

من يمكنه تلقي المعلومات		
اسم الشخص أو الكيان:	رقم الهاتف:	
العنوان:	المدينة/الولاية:	الرمز البريدي:

المعلومات التي يمكن مشاركتها	
<input type="checkbox"/> سجلات الفواتير	<input type="checkbox"/> سجلات التطعيم
<input type="checkbox"/> السجل الكامل	<input type="checkbox"/> نتائج المختبر
<input type="checkbox"/> معلومات التشخيص	<input type="checkbox"/> معلومات العقار
<input type="checkbox"/> سجلات الخروج من المستشفى	<input type="checkbox"/> سجلات الصحة العقلية
<input type="checkbox"/> معلومات العلاج من المخدرات/الكحول	<input type="checkbox"/> الصور/ مقاطع الفيديو
<input type="checkbox"/> نتائج فحص الدم لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز	<input type="checkbox"/> معلومات العلاج/الخدمة معلومات
<input type="checkbox"/> وأي/جميع الإشارات إليها	<input type="checkbox"/> أخرى: _____

معنى إذنك

معلومات حساسة: قد تتضمن السجلات معلومات تتعلق بالأمراض المنقولة جنسياً أو متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) أو فيروس نقص المناعة البشرية (HIV). قد تتضمن أيضاً معلومات حول خدمات الصحة السلوكية أو العقلية أو علاج تعاطي الكحول والمخدرات.

الحق في الإلغاء: لديك الحق في إلغاء هذا الإذن في أي وقت. إذا ألغيت هذا الإذن، يجب عليك القيام بذلك كتابياً. لن ينطبق إلغائك على المعلومات التي صدرت بالفعل.

فترة الإفصاح: يمكنك تحديد تاريخ بدء و/أو تاريخ انتهاء (أو حدث) ليكون الإذن ساري المفعول. هذا يعني أنه لن تتم مشاركة السجلات إلا بين التواريخ التي تحددها.

سيبدأ هذا الإذن في تاريخ البدء التالي: _____

• إذا لم يتم تحديد تاريخ البدء، سيكون هذا الإذن ساري المفعول في تاريخ التوقيع.

سنتتهي صلاحية هذا الإذن في تاريخ الانتهاء أو الحدث التالي: _____

• إذا لم يتم تحديد تاريخ انتهاء أو حدث، سنتتهي صلاحية هذا الإذن بعد سنة تقويمية واحدة (1) من تاريخ التوقيع.

إعادة الإفصاح: إذا أذنت بالإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية لشخص غير ملزم قانوناً بالحفاظ على سربيتها، فقد تتم إعادة الإفصاح عنها ولن تكون محمية بعد ذلك.

حقوق أخرى:

1. الإذن بالإفصاح عن هذه المعلومات اختياري. يمكنك رفض التوقيع على هذا الإذن. لا تحتاج إلى التوقيع على هذا النموذج لتلقي العلاج. ولكن، إذا كان هذا الإذن مطلوباً للمشاركة في دراسة بحثية، فقد يتم رفض التسجيل في الدراسة البحثية.

2. يمكنك الحصول على نسخة من المعلومات أو فحصها لاستخدامها أو الإفصاح عنها، كما هو منصوص عليه في 45 قانون اللوائح الفيدرالية القسم 164.524.

3. لديك الحق في الحصول على نسخة من هذا الإذن. هل ترغب في الحصول على نسخة من هذا الإذن؟ نعم لا

4. لمزيد من المعلومات حول حقوق الخصوصية الخاصة بك، راجع إشعار ممارسات الخصوصية

على موقعنا: www.cosdcompliance.org أو تواصل مع مسؤول الخصوصية على 619-338-2808

أو على 23-09 HHSA 2017/09 نموذج

التوقيع

التاريخ:

التوقيع: