

اسم عائلة العميل/المريض		اسم عائلة العميل/المريض		اسم عائلة العميل/المريض	
اسم أخرى مستخدمة		تاريخ الميلاد		رقم الضمان الاجتماعي (آخر 4 أرقام)	
رقم السجل الطبي (إذا كان معلوماً)		العنوان		المدينة	
الولاية		الرمز البريدي		رقم الهاتف مع رمز المنطقة	

2 الجزء الثاني: أفوض وكالة الرعاية الصحية بمقاطعة أورانج الإفصاح عن هذه المعلومات إلى:

اسم الشخص أو المنظمة		العنوان			
المسمى العام (بالنسبة للبرامج التابعة لقانون اللوائح الفيدرالية خاص ببرامج CFR 42 فقط					
المدينة		الولاية		الرمز البريدي	
				رقم الهاتف مع رمز المنطقة	

3 الجزء الثالث: الغرض من هذا التفويض

- طلب المريض استمرار العلاج/الرعاية الطبية التأمين الجوانب القانونية الإعاقة أخرى:

4 الجزء الرابع: المعلومات التي يمكن الإفصاح عنها (القسمان "أ" و"ب" مطلوبان، القسمان "ج" و"د" إذا لزم الأمر و/أو إذا كان ممكناً)

<input type="checkbox"/> A. حدد مربعًا واحدًا فقط: <input type="checkbox"/> المعلومات الصحية المحمية المتعلقة بالسجل الطبي <input type="checkbox"/> ملخص الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية	
B. حدد المربعات المناسبة لنوع المعلومات المطلوب الكشف عنها:	
<input type="checkbox"/> نتائج الاختبارات/الفحوصات المخبرية	<input type="checkbox"/> AMM/MSN/MSI
<input type="checkbox"/> صحة الأمومة	<input type="checkbox"/> برامج (CCS) California Children's Services
<input type="checkbox"/> علاج الأمراض المنقولة جنسياً	<input type="checkbox"/> رعاية الأسنان
<input type="checkbox"/> نتائج الأشعة السينية	<input type="checkbox"/> أخرى:
C. وقع الأحرف الأولى من اسمك و اذكر الفترة الزمنية للسجلات المراد الكشف عنها مطلوبة من أجل استخدام أو الإفصاح عن الأنواع التالية من السجلات أو المعلومات ذات حساسية خاصة:	

سجلات إدمان الكحول أو المخدرات أو إساءة استخدام المواد الكيميائية**	من تاريخ:	إلى تاريخ:
الصحة العقلية	من تاريخ:	إلى تاريخ:
اختبارات ونتائج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز	من تاريخ:	إلى تاريخ:

D. مكان العيادات التي عولجت فيها:

لمراجعتك

لقد قرأت محتويات هذا النموذج. ادرك ووافق، واسمح لمقاطعة أورانج باستخدام والإفصاح عن معلوماتي كما ذكرت اعلاه. كما انني ادرك ان التوقيع على هذا النموذج هو أمر طوعي، ولن يتأثر العلاج أو المدفوعات أو أهلية الحصول على المخصصات إذا لم أوقع على هذا التفويض. كما أعلم أنه لدي الحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت كتابةً من خلال إرسال إشعار إلى أمين السجلات. لن يؤثر الإلغاء على عمليات الإفصاح عن المعلومات التي قام بها أمين السجلات بالفعل من خلال الاعتماد على هذا التفويض. يجوز إعادة الإفصاح عن المعلومات التي يتم الإفصاح عنها بموجب هذا التصريح من قبل المتلقي حيث لم تعد محمية بموجب قانون منقولة ومساءلة التأمين الصحي (HIPAA). يجوز لقانون الولاية المنطبق أو أي قانون فيدرالي آخر أن يلزم المتلقي بالحصول على إذن كتابي مني قبل إعادة الإفصاح عن المعلومات ما لم تسمح هذه القوانين بخلاف ذلك. بحق لي الحصول على نسخة من هذا النموذج. قد تطبق رسوم على طلبات معينة. نسخة من التفويض الأصلي تعد صالحة. تنتهي صلاحية هذا التفويض عند الانتهاء من هذا الطلب.

5 الجزء الخامس: توقيع العميل/المريض أو توقيع الممثل القانوني/الوصي المعين

X	
الممثل القانوني (الاسم بأحرف واضحة)	
العلاقة القانونية بالعميل/المريض	
المدينة	الولاية
الرمز البريدي	عنوان الشارع

****معلومات إدمان الكحول والمخدرات**

المعلومات التي يتم الكشف عنها للمتلقى محمية بموجب قواعد السرية الفيدرالية (قانون اللوائح الفيدرالية (42) - الجزء الثاني). تحظر القواعد الفيدرالية على متلقي هذه المعلومات إعادة الكشف عن المعلومات ما لم يُسمح بذلك صراحة بموافقة خطية من المريض أو على نحو ما يسمح به قانون اللوائح الفيدرالية (42) - الجزء الثاني). لا يُعد التصريح العام بالكشف عن معلومات طبية أو معلومات أخرى تخويلاً كافياً للقيام بكشف هذه المعلومات الخاصة. تقيد القواعد الفيدرالية أي استخدام للمعلومات في التحقيق الجنائي أو لمقاضاة أي مريض يتعاطى الكحول أو المخدرات. لديك الحق وفقاً لـ (d) 2.13، في أن يتم تزويدك - بناءً على طلبك - بقائمة الكيانات التي حصلت على معلوماتك وفقاً للمسمى العام في نموذج الموافقة هذا.

رجاء إرجاع استمارة مستوفاة لأغراض المعالجة إلى: HCA Custodian of Records • إيه • الفاكس (714) 835-9312 • 200 W. Santa Ana Blvd • Suite 125, Santa Ana, CA 92701 • الهاتف (714) 834-3536 • الموقع الإلكتروني COR@ochca.com • http://ohealthinfo.com/records