

FOR OFFICE USE ONLY				1 الجزء الأول: رقم العميل/المريض	
اسم عائلة العميل/المريض		الاسم الأول للعميل/المريض		الحرف الأول من الاسم الأوسط	
CERT #		تاريخ الميلاد		رقم الضمان الاجتماعي (آخر أرقام)	
أسماء أخرى مستخدمة		البريد الإلكتروني		رقم الهاتف مع رمز المنطقة	
عنوان		المدينة		الولاية	
الرمز البريدي		الرمز البريدي		الرمز البريدي	
2 الجزء الثاني: أفوض وكالة الرعاية الصحية بمقاطعة أورانج الإفصاح عن هذه المعلومات إلى:					
<input type="checkbox"/> ضع علامة إذا كان هو نفس الوارد اعلاه					
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					
<input type="checkbox"/> طلب المريض <input type="checkbox"/> استمرار العلاج/الرعاية الطبية <input type="checkbox"/> التأمين <input type="checkbox"/> الجوانب القانونية <input type="checkbox"/> الإعاقة <input type="checkbox"/> أخرى:					
4 الجزء الرابع: المعلومات التي يمكن الإفصاح (عنها خطوات ١, ٣, ٤ مطلوبة - اكمل الخطوة الثانية من أجل الخصوصية)					
1. الخطوة اختر واحدة فقط: <input type="checkbox"/> سجلات طبية <input type="checkbox"/> ملخص العلاج					
2. الخطوة حدد أنواع السجلات التي سيتم إصدارها:					
<input type="checkbox"/> صحة الأسرة <input type="checkbox"/> نتائج / أفلام الأشعة السينية <input type="checkbox"/> علاج الأمراض المنقولة جنسياً <input type="checkbox"/> برنامج (CCS) California Children's Services <input type="checkbox"/> AMM/MSN/MSI <input type="checkbox"/> رعاية الأسنان <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> التحصينات <input type="checkbox"/> أخرى:					
وقع الأحرف الأولى من اسمك و اذكر الفترة الزمنية للسجلات المراد الكشف عنها <u>مطلوبة</u> 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:	
3. الخطوة العيادة (العيادات) حيث تم تلقي الخدمات:					
4. الخطوة طريقة التوصيل المفضلة <input type="checkbox"/> إلكترونية <input type="checkbox"/> بريدية <input type="checkbox"/> استلام شخصي					
لمراجعتك					
لقد قرأت محتويات هذا النموذج. أدرك ووافق، واسمح لمقاطعة أورانج باستخدام والإفصاح عن معلوماتي كما ذكرت اعلاه. كما أنني أدرك أن 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 كتابة 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. يحق 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 باحرف واضحة)					
العلاقة القانونية بالعميل/المريض					
**معلومات إدمان الكحول والمخدرات					
الجزء ٢ من CFR 42 يحظر الكشف غير المصرح به عن هذه السجلات					
رجاء إرجاع استمارة مستوفاة لأغراض المعالجة إلى: HCA Custodian of Records • 200 W. Santa Ana Blvd • http://ochealthinfo.com/records • COR@ochca.com • الهاتف 834-3536 (714) • الموقع الإلكتروني					