

|                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                                                                                 |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>الجزء الأول: معلومات العميل/ المريض</b>                                                                                                                                                                                   |                                     |                                               |  |
| الاسم الكامل للعميل/ المريض:                                                                                                                                                                                                 |                                     | <b>تفويض لاستخدام المعلومات الصحية المحمية و الكشف عنها</b><br><br>ملحوظة: يجب ملء جميع الأجزاء المرقمة لكي يكون الترخيص صالحاً |  |
| أسماء أخرى مستخدمة:                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                                                                 |  |
| تاريخ الميلاد:                                                                                                                                                                                                               | رقم الضمان الاجتماعي (آخر 4 أرقام): |                                                                                                                                 |  |
| العنوان:                                                                                                                                                                                                                     | المدينة:                            |                                                                                                                                 |  |
| الولاية:                                                                                                                                                                                                                     | الرمز البريدي:                      |                                                                                                                                 |  |
| <b>الجزء الثاني: يجوز لوكالة الرعاية الصحية الكشف عن هذه المعلومات إلى</b>                                                                                                                                                   |                                     |                                                                                                                                 |  |
| اسم الشخص أو المؤسسة:                                                                                                                                                                                                        |                                     | <input type="checkbox"/> الشخص المعني نفسه/ المذكور أعلاه<br>(إذا كان هو الشخص المذكور أعلاه نفسه، يرجى ترك هذه الخانة فارغة)   |  |
| العنوان:                                                                                                                                                                                                                     |                                     |                                                                                                                                 |  |
| رقم الهاتف مع رمز المنطقة:                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> البريد                                                                                                                                                                                              |                                     | <input type="checkbox"/> طريقة الاستلام المفضلة: <b>(اختر واحدة فقط)</b>                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> الاستلام الشخصي                                                                                                                                                                                     |                                     | <input type="checkbox"/> عنوان بريد إلكتروني                                                                                    |  |
| <b>الجزء الثالث: الغرض من هذا التفويض</b>                                                                                                                                                                                    |                                     |                                                                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> بناءً على طلب العميل/ المريض                                                                                                                                                                        |                                     | <input type="checkbox"/> استمرارية الرعاية/ العلاج الطبي                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك:                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                                                                                 |  |
| <b>الجزء الرابع: المعلومات التي يمكن الكشف عنها</b>                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> السجلات الطبية                                                                                                                                                                                      |                                     | <input type="checkbox"/> ملخص العلاج (عبر خطاب)                                                                                 |  |
| اختار واحدة فقط:                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                                                                                                 |  |
| العيادة (العيادات)/ المنشآت التي تلقى فيها الخدمات:                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                                                                 |  |
| من تاريخ: _____ إلى تاريخ: _____                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> صحة الأسرة                                                                                                                                                                                          |                                     | <input type="checkbox"/> علاج الأمراض المنقولة جنسياً                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> تقرير/ شرائح الأشعة السينية                                                                                                                                                                         |                                     | <input type="checkbox"/> الأمراض الرئوية/ السل                                                                                  |  |
| <input type="checkbox"/> خدمات الأطفال في كاليفورنيا (CA Children's Services, CCS)                                                                                                                                           |                                     | <input type="checkbox"/> صحة الطفل                                                                                              |  |
| <input type="checkbox"/> برنامج التغذية التكميلي للنساء والرضع والأطفال (Women, Infants, and Children, WIC)                                                                                                                  |                                     | <input type="checkbox"/> رعاية الأسنان                                                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك:                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                                                                                 |  |
| يجب كتابة كل من <b>حروف الاسم الأولى</b> إضافة إلى <b>النطاق الزمني</b> للسجلات <b>المطلوب</b> الكشف عنها في <b>الخانات الصفراء</b> أدناه من أجل الكشف عن أنواع سجلات المعلومات الحساسة التالية:                             |                                     |                                                                                                                                 |  |
| سجلات إدمان الكحول أو المخدرات أو إساءة استخدام المواد الكيميائية**                                                                                                                                                          |                                     | من تاريخ: _____ إلى تاريخ: _____                                                                                                |  |
| <b>**معلومات إدمان الكحوليات والمخدرات: وفقاً للفقرة 2 من لائحة CFR 42 يحظر الكشف غير المصرح به عن هذه السجلات</b>                                                                                                           |                                     |                                                                                                                                 |  |
| الصحة العقلية                                                                                                                                                                                                                |                                     | من تاريخ: _____ إلى تاريخ: _____                                                                                                |  |
| اختبارات ونتائج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز                                                                                                                                                                             |                                     | من تاريخ: _____ إلى تاريخ: _____                                                                                                |  |
| <b>الجزء الخامس: توقيع العميل/ المريض والتاريخ</b>                                                                                                                                                                           |                                     |                                                                                                                                 |  |
| لقد قرأت محتويات هذا النموذج. أدرك وأوافق، وأسمح لمقاطعة أورانج باستخدام والكشف عن معلوماتي كما ذكرت أعلاه. 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. لدي الحق في الإلغاء الكتابي لهذا التفويض في أي وقت، وذلك من خلال إرسال إخطار إلى أمين السجلات (Custodian of Records). لن يؤثر الإلغاء على حالات الكشف عن المعلومات التي قام بها أمين السجلات بالفعل من خلال الاعتماد على هذا التفويض. يمكن الاطلاع على معلومات إضافية حول إلغاء التفويض في إخطار ممارسات الخصوصية (Notice of Privacy Practices). المعلومات التي تم الكشف عنها بموجب هذه الموافقة يجوز إعادة الكشف عنها من قبل المتلقي ولم تعد محمية بموجب قانون الخصوصية الفيدرالي (HIPAA). يجوز لقانون الولاية الساري أو أي قانون فيدرالي آخر أن يلزم المتلقي بالحصول على إذن كتابي منك قبل إعادة الكشف 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 إتمام هذا الطلب.

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

الاسم بخط واضح: \_\_\_\_\_

\* إذا لم يكن مقدم الطلب هو العميل، فتجب كتابة الاسم الكامل وتوقيع الوصي أو القيم أو الممثل الشخصي \*

\* يجب تقديم إثبات الصلاحية القانونية \*

الرجاء إعادة إرسال النموذج المكتمل للمعالجة إلى: [COR@ochca.com](mailto:COR@ochca.com)

HCA Custodian of Records 200 W. Santa Ana Blvd. Suite 180, Santa Ana, CA 92701

الهاتف: 714-834-3536 الموقع الإلكتروني: <http://ochealthinfo.com/records>