

عند استكمالها، يمثل هذا النموذج تصريحاً من العضو بالسماح بالكشف عن المعلومات الصحية المحمية إلى شخص / كيان آخر. لتسريع التصريح الخاص بك، يرجى الكتابة بشكل مقروء بالحبر الأسود أو الأزرق وإعادته وفقاً للتعليمات

>

القسم 1 معلومات العضو (المريض)

رقم الهوية	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	الإسم
رقم المجموعة		اسم صاحب العمل

>

القسم 2 التصريح

أفهم أنه فيما يتعلق بتوفير خدمات الأعضاء لي، فإن لدى OHSU للخدمات الصحية بعض المعلومات الصحية المحمية الخاصة بي. أصرح لـ OHSU للخدمات الصحية لاستخدام والكشف عن نسخة من معلوماتي الصحية المحمية إلى:

العلاقة	الإسم
الرمز البريدي	العنوان
الولاية	المدينة

لغرض (اختر غرضاً واحداً):

2 مناقشة جميع المعلومات المتعلقة بالتغطية الصحية والعلاج والساد.

2 لغرض آخر (يرجى تحديد الغرض):

تتضمن معلوماتي الصحية المحمية السجلات الطبية، وسجلات الرعاية الطارئة والعاجلة، وبيانات الفوترة، وتقارير التصوير التشخيصي، وتقارير المستشفى المكتوبة، وملاحظات مخطط المكتب الإكلينيكي، والتقارير المختبرية، وسجلات الأسنان، وتقارير علم الأمراض، وسجلات العلاج الطبيعي، وسجلات المستشفى (بما في ذلك سجلات التمريض و ملاحظات التقدم المحرز)، وأي معلومات شخصية أو طبية تتعلق بالغرض من هذا التصريح. سيتم استخدام المعلومات التي تم الحصول عليها بهذا التصريح للغرض المحدد أعلاه وستقتصر على الحد الأدنى من المعلومات اللازمة لتحقيق هذا الغرض.

إذا كانت المعلومات التي سيتم الكشف عنها تحتوي على أي نوع من أنواع السجلات أو المعلومات المدرجة أدناه مباشرة، فقد يتم تطبيق قوانين إضافية تتعلق باستخدام المعلومات والكشف عنها. أفهم وأوافق على أنه سيتم الكشف عن هذه المعلومات إذا حددت المربع الموجود بجوار نوع المعلومات التي سيتم تضمينها في الكشف:

❖ اختبار فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز أو معلومات النتائج والسجلات ذات الصلة ❖ معلومات الاختبارات الجينية

❖ تشخيص المخدرات / الكحول أو العلاج أو معلومات الإحالة ❖ معلومات الصحة العقلية

❖ الصحة الإنجابية

أفهم أن لدي الحق في رفض التوقيع على هذا التصريح. لن يؤثر رفضي للتوقيع على هذا التفويض على تسجيلي في خطة صحية أو أهليتي للحصول على المزايا الصحية.

لدي الحق في إلغاء هذا التصريح كتابياً في أي وقت. إذا قمت بإلغاء هذا التصريح، فلن يتم استخدام المعلومات الموضحة أعلاه أو الكشف عنها للأسباب التي يغطيها هذا التصريح الكتابي. لا يمكن استرجاع أي عمليات استخدام أو عمليات إفصاح تم إجراؤها بالفعل بتصريح مني.

لإلغاء هذا التصريح، يرجى إرسال إفادة مكتوبة إلى: OHSU للخدمات الصحية. مكتب الخصوصية في 601 جنوب غرب الجادة الثانية، بورتلاند، أوريغون 97204 وتذكر أنك تقوم بإلغاء هذا التصريح.

أفهم أن المعلومات المستخدمة أو التي تم الكشف عنها بموجب هذا التصريح قد تخضع لإعادة الكشف ولم تعد محمية بموجب القانون الفيدرالي. ومع ذلك، أفهم أيضًا أن القانون الفيدرالي أو قانون الولاية قد يقيد إعادة الكشف عن اختبار فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز أو معلومات النتائج، ومعلومات الصحة العقلية، والمعلومات الجينية وتشخيص المخدرات / الكحول، والعلاج أو معلومات الإحالة.

ما لم يتم إلغاؤه، يكون هذا التصريح ساري المفعول ونافذاً حتى التاريخ التالي (حدد التاريخ):

2 التاريخ: _____ / _____ / _____ (لا يتجاوز 24 شهرا من تاريخ التوقيع)*

2 الحدث: (سيفتصر الحدث على 24 شهرًا كحد أقصى. إدراج حدث مثل "الوفاة" أو "إنهاء الوثيقة" أو "إلى أن يتقرر إبطال العمل بها" هي بمثابة أمثلة على الأحداث الباطلة التي ستؤدي إلى اعتبار هذا التصريح باطلاً).

**** إذا لم يتم كتابة تاريخ (ترك مكان التاريخ فارغاً) ، فسيفتصر التصريح على 24 شهرًا من تاريخ التوقيع.**

بالتوقيع الموجود أدناه، أوافق على أنني قد راجعت هذا التصريح وفهمته

تاريخ التوقيع	توقيع الفرد X
---------------	------------------

أو

توقيع ممثل الفرد X	تاريخ التوقيع
اسم الممثل بحروف واضحة	العلاقة**

**** يرجى إرفاق المستندات القانونية إذا كنت الوصي القانوني أو الولي الشرعي أو صاحب التوكيل أو لديك سلطة قانونية أخرى للعضو.**

يجب إكمال جميع الحقول حتى يكون هذا التصريح صحيحًا. يجب على العضو الاحتفاظ بنسخة من النموذج المكتمل.

هل أنت جاهز لتقديم النموذج؟

أرسل هذا النموذج بالبريد إلى OHSU للخدمات الصحية:

OHSU للخدمات الصحية، مكتب الخصوصية في 601 جنوب غرب الجادة الثانية، بورتلاند، أوريغون
97204

في حالة وجود أسئلة؟ اتصل بخدمة عملاء OHSU للخدمات الصحية على الرقم 844-827-6572

تتبع OHSU للخدمات الصحية قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولا تميز بين الأفراد على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو النوع.

ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 844-827-6572 (TTY: 711).

注意: 如果您說中文, 可得到免費語言幫助服務。請致電 1-877-605-3229 (聾啞人專用)

□711