

رقم الحساب

رقم السجل الطبي

الاسم

تاريخ الميلاد

هوية المريض

صفحة 1 من 1

التصريح باستخدام المعلومات الصحية المحمية والإفصاح عنها

يجب إكمال جميع أقسام هذا النموذج وإلا فلن يقبل التصريح.

أصرح لـ:

(اسم الشخص/الكيان/المنشأة المصحح عن المعلومات)

S

(الرمز البريدي)

(الولاية)

(المدينة)

(عنوان الشخص/الكيان)

باستخدام نسخة إلكترونية من المعلومات الصحية المحددة الواردة أدناه والإفصاح عنها؛ ما لم تضع علامة تحديد هنا ☐ للنسخة الورقية. يتعلق هذا الإفصاح بمن يلي:

(اسم الشخص)

ويضم: (انظر الوجه الخلفي لمطالعة التعريفات) _____ تقارير الطبيب المعالج _____ الأشعة السينية (يُرجى الإطلاع على الوجه الخلفي لهذا النموذج للحصول على التعليمات الكاملة) _____ اختبارات مختبرية _____ تقارير قسم الطوارئ (ED) _____ الفواتير _____ تقرير الأشعة _____
غير ذلك (يرجى التحديد): _____

_____ إذا كانت هناك حاجة إلى سجلات العيادات الخارجية/عيادات الممارسة الخارجية، يُرجى تحديد الممارسة (الممارسات)/العيادة (العيادات)

(انظر الوجه الخلفي لقائمة الممارسة/العيادة)

إلى:

(اسم المتلقي)

(عنوان المتلقي)

(المدينة)

(الولاية)

(الرمز البريدي)

لغرض: (صف كل غرض من أغراض الإفصاح) _____ الرعاية المستمرة _____ أمور قانونية _____ الإعاقة _____
الالتحاق بالمدرسة _____ غير ذلك، يرجى التحديد _____

إذا كانت المعلومات التي سيُفصح عنها تحتوي على أي من أنواع السجلات أو المعلومات الواردة أدناه، فقد تخضع لقوانين إضافية تتعلق باستخدام المعلومات والإفصاح عنها. أدرك وأوافق على أنه لن يتم الإفصاح عن هذه المعلومات إلا إذا وضعت **الأحرف الأولى** من اسمي في الفراغ المناسب بجانب نوع المعلومات.

معلومات عن فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) / الإيدز (AIDS) _____ معلومات عن الاختبارات الجينية _____
معلومات عن الصحة النفسية _____ معلومات تشخيص إدمان المخدرات/الكحول، أو العلاج، أو الإحالة _____

لست مضطراً للتوقيع على هذا التصريح. ولن يؤثر رفض التوقيع على التصريح سلباً في قدرتك على تلقي خدمات الرعاية الصحية أو سداد تكاليف الخدمات. وتتمثل الحالة الوحيدة التي يعني فيها رفض التوقيع عدم تلقى الخدمات الصحية إذا كانت الخدمات الصحية مخصصة فقط لغرض توفير المعلومات الصحية لشخص آخر، وكان التصريح ضرورياً لإجراء هذا الإفصاح. لا يؤثر رفضك للتوقيع على هذا التصريح سلباً في انضمامك إلى خطة صحية أو أهليتك للحصول على مخصصات صحية، إلا إذا كانت المعلومات المصرح بها ضرورية لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للانضمام إلى الخطة الصحية.

ويمكنك إلغاء هذا التصريح كتابياً في أي وقت. إذا ألغيت تصريحك، فقد لا يتم استخدام المعلومات الموضحة أعلاه أو الإفصاح عنها للأغراض الموضحة في هذا التصريح الكتابي. ولا يمكن التراجع عن أي استخدامات أو أي معلومات تم الإفصاح عنها بإذن منك.

لإلغاء هذا التصريح، يرجى إرسال بيان كتابي إلى Medical Correspondence, Health Information Services, إلى OP17A, OHSU 3181 SW Sam Jackson Park Rd. Portland, OR 97239-3098، واذكر أنك تلغي هذا التصريح.

أدرك أن المعلومات المستخدمة أو التي تم الإفصاح عنها بموجب هذا التصريح قد تخضع لإعادة الإفصاح وأنها لم تعد خاضعة لحماية القانون الفيدرالي. ومع ذلك، أدرك أيضاً أن القانون الفيدرالي أو قانون الولاية قد يقيد إعادة الإفصاح عن معلومات عن HIV/AIDS، ومعلومات الصحة العقلية والنفسية والمعلومات الوراثية وعمليات التشخيص الناجمة عن تعاطي المخدرات/الكحول أو العلاج أو معلومات الإحالة.

لقد قرأت شروط هذا التصريح وفهمتها.

ينتهي سريان هذا التصريح بعد سنة من تاريخ التوقيع ما لم يتم إلغاؤه أو تحديد خلاف ذلك أدناه:

(أدخل تاريخ أو حدث انتهاء السريان البديل)

بواسطة:

(توقيع الشخص أو الممثل القانوني)

وصف سلطة الممثل الشخصي:

رقم الحساب

رقم السجل الطبي

الاسم

تاريخ الميلاد

هوية المريض

تابع الصفحة 1

تعريف التقارير:

- تتضمن تقارير الطبيب ملخص الخروج من المستشفى، وتعليمات الخروج من المستشفى، والتاريخ المرضي، والفحص البدني، وأي إجراءات أو عمليات.
- تتضمن الأشعة السينية تقارير الأشعة السينية، وفحص الموجات فوق الصوتية، والتصوير بالرنين المغناطيسي، وتقارير التصوير الخاصة (إذا كنت تطلب صورة فعلية، يرجى التأكد من إكمال نموذج التصريح MR-4775). ويمكن الوصول إلى النموذج على موقع الويب التالي:
<http://ozone.ohsu.edu/healthsystem/HIS/mr4775.pdf>

- المختبرات - جميع نتائج الاختبارات المختبرية
- ED - تقارير قسم الطوارئ المقدمة بواسطة الطبيب
- الفواتير - معلومات فواتير المستشفى و/أو العيادة
- التطعيمات - جميع سجلات التطعيم
- غير ذلك - حدد المعلومات غير المدرجة

العيادات الخارجية/عيادات الممارسة الخارجية في OHSU:

Intercultural Psychiatry Program
(برنامج الطب النفسي متعدد الثقافات)
الطب الباطني
Knight Cancer Center/Community Hematology
قسم الأورام
الليبيدات
زراعة الكبد
Marquam Hill Internists
أمراض الكلى وارتفاع ضغط الدم
طب الأعصاب
جراحة الأعصاب
جراحات الفم والوجه والفكين
طب العظام
طب الأنف والأذن والحنجرة
طب أمراض الدم لدى الأطفال/طب الأورام للأطفال
تخصصات طب الأطفال
رعاية ما قبل الولادة وما بعدها مباشرة
جراحة التجميل
طب الرئتين
العلاج الإشعاعي للأورام
زراعة الكلى
طب الروماتيزم
Richmond
RiverPlace
Scappoose
طب النوم
جراحات الأورام
طب المسالك البولية
جراحة الأوعية الدموية

الطب النفسي للبالغين
طب الحساسية والمناعة
تخصص منع تجلط الدم
السمعيات
العظام ومعادنها
زراعة النخاع العظمي/اللوكميا
طب القلب
Casey Eye Institute
CDRC Eugene
Center for Women's Health
الطب النفسي للأطفال والمراهقين
(CDRC) Childhood Development and Rehabilitation
مركز علاج الألم الشامل (Comprehensive Pain Center)
طب الجلدية
جراحة الجلدية
داء السكري
صحة الجهاز الهضمي
Doernbecher Pediatrics - الجانب الغربي
صحة الموظفين
طب الغدد الصماء
الصحة التنفيذية
Family Medicine at South Waterfront
Gabriel Park
طب الجهاز الهضمي
طب الأطفال العام
الجراحة العامة
الجهاز الهضمي/أمراض الكبد
تحسين الصحة والطب الرياضي
أمراض الدم/طب الأورام
الأمراض المعدية