

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 فإن يقبل التصريح.

أصرح لـ:

(اسم الشخص/الكيان/المنشأة المفصح عن المعلومات)

S

(عنوان الشخص/الكيان)

(الرمز البريدي) (الولاية) (المدينة)

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

(اسم الشخص)

ويضم: (انظر الوجه الخلفي لمطالعة التعرifات)  تقارير الطبيب المعالج  الأشعة السينية (يرجى الاطلاع 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، يرجى تحديد الممارسة (الممارسات)/العيادة (العيادات)  
(انظر الوجه الخلفي لقائمة الممارسة/العيادة)

إلى:

(اسم المتنقي)

(الرمز البريدي) (الولاية) (المدينة) (عنوان المتنقي)

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

إذا كانت المعلومات التي سُيُفصح 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، وإن بوثر 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 تلقيك للخدمات الصحية إذا كانت الخدمات الصحية مخصصة فقط لغرض توفير المعلومات الصحية لشخص آخر، وكان التصريح ضرورياً لإجراء هذا الإفصاح. لا بوثر رفضك للتوقيع على هذا التصريح سلباً في اضمامك إلى خطة صحية أو أهليتك للحصول على مخصصات صحية، إلا إذا كانت المعلومات المصرح بها ضرورية لتحديد ما إذا كنت موهلاً للانضمام إلى الخطة الصحية.

ويمكّن إلغاء هذا التصريح كتابةً 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 بذنب منك.

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

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:

الوقت:

التاريخ:

MR1470



رقم الحساب  
رقم السجل الطبي  
الاسم  
تاريخ الميلاد

**تعريف التقارير:**

تشمل 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 التأكيد 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:**

<p><b>Intercultural Psychiatry Program</b> (برنامج الطب النفسي متعدد الثقافات)</p> <p><b>الطريق</b></p> <p><b>Knight Cancer Center/Community Hematology</b></p> <p>قسم الأورام</p> <p>الليبيادات</p> <p>زراعة الكبد</p> <p><b>Marquam Hill Internists</b></p> <p>أمراض الكلى وارتفاع ضغط الدم</p> <p>طب الأعصاب</p> <p>جراحة الأعصاب</p> <p>جراحات الفم والوجه والفكين</p> <p>طب العظام</p> <p>طب الأنف والأذن والحنجرة</p> <p>طب أمراض الدم لدى الأطفال/طب الأورام للأطفال</p> <p>تخصصات طب الأطفال</p> <p>رعاية ما قبل الولادة وما بعدها مباشرة</p> <p>جراحة التجميل</p> <p>طب الرئتين</p> <p>العلاج الإشعاعي للأورام</p> <p>زراعة الكلى</p> <p>طب الروماتيزم</p> <p><b>Richmond</b></p> <p><b>RiverPlace</b></p> <p><b>Scappoose</b></p> <p>طب النوم</p> <p>جراحات الأورام</p> <p>طب المسالك البولية</p> <p>جراحة الأوعية الدموية</p>	<p>الطب النفسي للبالغين</p> <p>طب الحساسية والمناعة</p> <p>تخصص منع تجلط الدم</p> <p>السمعيات</p> <p>العظام ومعانها</p> <p>زراعة النخاع العظمي/اللوكيبيا</p> <p>طب القلب</p> <p><b>Casey Eye Institute</b></p> <p><b>CDRC Eugene</b></p> <p><b>Center for Women's Health</b></p> <p>الطب النفسي للأطفال والمرأهقين</p> <p><b>(CDRC) Childhood Development and Rehabilitation</b></p> <p>(Comprehensive Pain Center)</p> <p>مركز علاج الألم الشامل (Comprehensive Pain Center)</p> <p>طب الجلدية</p> <p>جراحة الجلدية</p> <p>داء السكري</p> <p>صحة الجهاز الهضمي</p> <p><b>Doernbecher Pediatrics</b> - الجانب الغربي</p> <p>صحة الموظفين</p> <p>طب الغدد الصماء</p> <p>الصحة التنفيذية</p> <p><b>Family Medicine at South Waterfront</b></p> <p><b>Gabriel Park</b></p> <p>طب الجهاز الهضمي</p> <p>طب الأطفال العام</p> <p>الجراحة العامة</p> <p>الجهاز الهضمي/أمراض الكبد</p> <p>تحسين الصحة والطب الرياضي</p> <p>أمراض الدم/طب الأورام</p> <p>الأمراض المعدية</p>
--	---