



CEDARS-SINAI®

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

تحويل استخدام أو الكشف عن معلومات صحية
قد يؤدي عدم تقديم جميع المعلومات إلى إبطال هذا التحويل

تحويل لـ: نسخ من السجلات الطبية نسخ ورقية إلكترونية خلفه فحص أو مراجعة السجلات الطبية

<p>إسم المريض: _____ رقم السجل الطبي: _____ (إسم العائلة) (الإسم) تاريخ الميلاد: _____ الهاتف: _____ العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____</p>		<p>معلومات المريض</p>
<p>أخول سيدارز- سايناى بالكشف عن/طلب السجلات الطبية: <input type="checkbox"/> الكشف عنها لـ: _____ <input type="checkbox"/> طلبها من: _____ الشخص/الهيئة: _____ العنوان: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي _____ الهاتف: _____ الفاكس: _____</p>	<p>الكشف عنها لـ طلبها من</p>	
<p>لتتالي: استمرار العلاج التأمين قانونية للاستخدام الشخصي خلافه</p>	<p>القوانين</p>	
<p>تواريخ العلاج: _____ السجل بأكمله _____ ملخص الخروج من المستشفى _____ التقرير الجراحي _____ تقرير المختبر _____ تقرير الأمراض _____ تقرير المشاورات _____ خلافه (يرجى التحديد) _____ سجل المريض الخارجي/العيادة - إسم العيادة/موفر الرعاية: _____</p> <p>تتطلب قوانين الولاية/القوانين الفيدرالية تحويل محدد للكشف عن الأنواع التالية من المعلومات: الصحة العقلية _____ نتائج إختبارات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) _____ تعاطي المشروبات الكحولية/المخدرات _____</p> <p>يتطلب تحويل منفرد لملاحظات العلاج النفسي.</p>	<p>المعلومات التي يكشف عنها</p>	<p>الرسم</p>
<p>إستنادا إلى قانون أدلة كاليفورنيا، الأقسام 1567 – 1560 يمكن فرض رسوم على نسخ السجلات الطبية.</p>		

Health Information Management Department
8700 Beverly Blvd., Room 2901, Los Angeles, CA 90048
Email: GroupHIDInternetinquiries@schs.org
Phone 310-423-2259 • Fax: 310-423-0113

Form No. 2034 (Revised 6/5/15) Arabic

تعليمات التسليم	<input type="checkbox"/> ارسل السجلات مباشرة إلى الشخص أو الهيئة المحددة عن طريق البريد <input type="checkbox"/> اتصل هاتفياً بمقدم الطلب عندما تكون السجلات جاهزة للحصول عليها أخول _____ بالحصول على نسخ السجلات الطبية الخاصة بي. علاقته بالمريض _____ <input type="checkbox"/> رابط سيدارز سايناي الخاص بي (بوابة المريض) <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني: _____ <input type="checkbox"/> خلافه _____
------------------------	--

إشعار الحقوق	<p>أنا أفهم أنه:</p> 1- إذا رفضت التوقيع على هذا التحويل فلن يؤثر رفضي على قدرتي على الحصول على العلاج. 2- قد أقوم بفحص أو الحصول على نسخة من المعلومات الصحية التي يطلب مني السماح باستخدامها أو الكشف عنها. 3- يمكنني إلغاء هذا التحويل كتابة في أي وقت، وموقع عليه مني أو بالنيابة عني وتسليمه إلى مركز سيدارز - سايناي الطبي، قسم المعلومات الصحية <p>Cedars-Sinai Medical Center, Health Information Department 8700 Beverly Blvd, Room 2901, Los Angeles, CA 90048</p> 4- إذا قمت أنا بإلغاء هذا التحويل، فلن يكون لهذا الإلغاء أي تأثير على أي إجراءات تم اتخاذها قبل تسلم إلغاء التحويل. 5- لي الحق في استلام نسخة من هذا التحويل. 6- المعلومات التي يتم الكشف عنها وفقاً لهذا التحويل يمكن إعادة الكشف عنها من قبل المتسلم وربما لا تعد هذه المعلومات محمية بموجب قانون السرية الفيدرالي (HIPPA). ومع ذلك، يحظر قانون كاليفورنيا الشخص الذي تسلم معلوماتي الصحية من القيام بمزيد من الكشف عنها إلا إذا تم الحصول على تحويل آخر مني لمثل هذا الكشف، أو إلا إذا كان مثل هذا الكشف مطلوب قانونياً أو يسمح به القانون. 7- إذا تم وضع علامة هنا <input type="checkbox"/> ، فسوف يحصل مقدم الطلب على تعويض عن استخدام أو الكشف عن معلوماتي
---------------------	---

تاريخ الإنتهاء	بدون إلغاء مكتوب مني، سوف تنتهي صلاحية هذا التحويل بعد إتمام طلب الكشف عنها، ولكن في أي حال سوف تنتهي صلاحيته بعد 180 يوماً من تاريخه، ما لم ينص على خلاف ذلك: _____ .
-----------------------	--

التوقيع	التوقيع: _____ التاريخ: _____ (المريض، التوكيل للرعاية الصحية أو الممثل القانوني) علاقة الممثل القانوني: _____
----------------	--