

UMASS MEMORIAL HEALTH CARE
AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

(ARABIC)
Page 1 of 2

- UMass Memorial Medical Center
 UMass Memorial - Community Healthlink
 UMass Memorial HealthAlliance-Clinton Hospital
 UMass Memorial - Marlborough Hospital
 UMass Memorial Medical Group - Location: _____

PATIENT TO COMPLETE THIS SECTION:

FULL NAME:

ADDRESS:

BIRTHDATE/AGE:

SEX:

HAR/CSN:

PRINT CLEARLY IN INK OR IMPRINT WITH PATIENT'S CARD

- أفوض بموجب هذا التصريح الكيان المختار أعلاه و/أو موظفيه و/أو وكلاءه، للقيام بما يلي (اختر واحداً):
 طلب وتلقي معلومات من مقدم الرعاية/المنظمة المحددين أدناه.
 الكشف عن المعلومات الواردة في السجل الطبي الخاص بالمريض المذكور اسمه أعلاه للمتلقي المحدد أدناه.
 المريض نفسه (انظر أعلاه) مقدم الرعاية الصحية (إن يتم تحؤل أي تكلفة في حالة إرسال المعلومات إلى عيادة الطبيب مباشرة) منظمة/شخص/آخرين (شركة تأمين، محامي، الخ.)

الاسم: _____
عنوان الشارع: _____ صندوق البريد/الجناح: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
الهاتف: _____ الفاكس: _____ البريد الإلكتروني: _____

- الغرض من الكشف عن هذه المعلومات هو من أجل:
 تحديد موعد مع الأخصائي
 نقل الرعاية إلى مقدم رعاية صحية جديد
 مقدم الرعاية
 محامي/قضية قانونية
 إعاقه/طلب تأمين/مطالبة
 غير ذلك (حدد): _____
 التواصل اللفظي
 الاستخدام الشخصي
 مرحة ما قبل التوظيف

رسوم النسخ: وفقاً للقسمة 164.524 التابع للباب 45 من قانون اللوائح الفيدرالية (Code of Federal Regulations, CFR) الخاص بقانون إخضاع التأمين الصحي لقبالية النقل والمحاسبة (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)، فإننا نحتفظ بالحق في فرض رسوم معقولة بناءً على التكلفة لإصدار النسخ وإرسالها عبر البريد. لن تتجاوز، في أي وقت، الرسوم المفروضة بناءً على التكلفة الرسوم التي يقرها قانون ماساتشوسيتس (فصل القوانين العامة الخاصة بماساتشوسيتس 111 [Massachusetts General Laws, MGL 111]؛ القسم 70).

- إرشادات: يُرجى اختيار واحد من الثلاث اختيارات الواردة أدناه من خلال وضع علامة بالمرعب المناسب.
1. زيارة (زيارات) فردية. يُرجى وضع علامة إما في مربع تاريخ الزيارة الموجزة أو تاريخ الزيارة الكاملة.
 تاريخ الزيارة الموجزة. يتضمن عناصر رئيسية لتاريخ (تواريخ) زيارة محددة، بما في ذلك: تقارير واختبارات تشخيصية (اختبارات معملية، والتصوير بالأشعة السينية، وتخطيطات كهربية للقلب EKGs، واختبارات وظائف الرئة PFTs، وقائمة مطابقة ودقة الأدوية، وحالات الحساسية، والتقارير المدونة من قبل مقدم الرعاية الصحية). يحتوي الموجز على المعلومات الأكثر طلباً بشكل شائع وتكون تكلفته أقل.
 تاريخ الزيارة الكاملة. يتضمن أي وجميع الوثائق المرتبطة بتاريخ (تواريخ) زيارة محددة.
التاريخ (التواريخ) من: _____ حتى: _____
2. خدمات محددة. إذا كنت ترغب في تلقي نسخ فقط من خدمة (خدمات) محددة، يُرجى وضع علامة فقط على نوع (أنواع) التقرير الذي تطلبه وكتب التاريخ/النطاق الزمني (عندما تم توفير الخدمات) في السطر أدناه.
التاريخ (التواريخ) من: _____ حتى: _____
 الدراسات القلبية
 الاستشارات
 ملخصات الخروج من المستشفى
 اختبارات عصبية: تخطيط كهربي للدماغ EEG وتخطيط كهربي للعضلات EMG ودراسة النوم
 سجلات الخدمات الطارئة
 تقارير التطعيم
 التقارير المعملية (اختبارات الدم)
 ملاحظات العيادة لـ: _____
 تقرير (تقارير) العمليات/الإجراءات
 تقرير (تقارير) علم الأمراض
 نموذج (نماذج) رعاية المريض بعد خروجه من المستشفى
 دراسات رئوية: اختبارات وظائف الرئة
 تقارير التصوير الإشعاعي
 إعادة التأهيل: العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج التخاطب
 غير ذلك (حدد): _____
 غير ذلك (حدد): _____

3. السجل الطبي الكامل. يُرجى وضع علامة إما في مربع السجل الطبي الموجز أو مربع السجل الطبي الكامل أدناه.
ملاحظة: يمكن أن يتضمن كل من السجل الطبي الموجز و/أو السجل الطبي الكامل سجلات محفوظة منذ أكثر من عشرين (20) سنة من تاريخ زيارتك الأخيرة.
 موجز السجل الطبي الكامل. يتضمن عناصر رئيسية لتاريخ (تواريخ) زيارة محددة، بما في ذلك: تقارير واختبارات تشخيصية (اختبارات معملية، والتصوير بالأشعة السينية، وتخطيطات كهربية للقلب EKGs، واختبارات وظائف الرئة PFTs، وقائمة مطابقة ودقة الأدوية، وحالات الحساسية، والتقارير المدونة من قبل مقدم الرعاية الصحية). يحتوي الموجز على المعلومات الأكثر طلباً بشكل شائع وتكون تكلفته أقل.
 السجل الطبي الكامل. يتضمن أي وجميع الوثائق الخاصة بالسجل الطبي الكامل لأي مريض. يُرجى ملاحظة أن اختيار هذا الخيار قد يؤدي إلى تحؤل تكلفة باهظة لإعداد السجلات.

- حماية بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي
أنا أتفهم أن السجل الصحي الخاص بي قد يتضمن معلومات تتعلق بصحتي العقلية واضطراب سوء استخدام الكحول/المواد والإعتماد الجنسي والأمراض المنقولة جنسياً والإجهاض والاختبارات الجينية والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/مرض نقص المناعة البشرية المكتسبة (الإيدز-AIDS) والعنف المنزلي أو أي معلومات أخرى قد اعتبرها حساسة. يجب أن تكتب أحرف اسمك الأولى بجانب أنواع المحتوى أدناه وإلا فإن يتم الإفصاح عن تلك المعلومات.
الإجهاض - نماذج الموافقة أو أوامر المحكمة
استشارات بشأن العنف المنزلي
نتائج اختبارات الفحص الوراثي
نتائج اختبارات الإصابة بفيروس HIV/مرض الإيدز
استشارات بشأن الاعتداءات الجنسية
الأمراض المنقولة جنسياً
تفاصيل تشخيص الصحة العقلية و/أو العلاج المقدم من قبل أحد الأخصائيين النفسيين أو أحد الأطباء النفسيين أو ممرضة سريرية متخصصة في الصحة العقلية أو استشاري مُرخص في الصحة العقلية وأخصائي اجتماعي مُرخص
اضطراب سوء استخدام الكحول/المواد؛ يجب تحديد الطبيعة المحددة للمعلومات المطلوبة: _____
غير ذلك (حدد): _____

يُرجى الاستمرار في الجانب الخلفي



أنا أفهم النقاط التالية:

أنا أفهم النقاط التالية:

- هذا التصريح طوعي. أنا لست مضطراً للتوقيع للتأكيد على العلاج ما لم يكن الغرض الوحيد من العلاج هو تقديم معلومات لطرف ثالث (مثال: الفحوصات البدنية في مرحلة ما قبل التوظيف).
- وفقاً للممارسات المتعلقة بالإخطار المشترك بالمعلومات، فإنني لدي الحق في فحص نسخ من سجلاتي الطبية أو طلبها. يجب عمل الترتيبات اللازمة لفحص سجلاتي الطبية في الموقع؛ يُرجى التواصل مع قسم إدارة معلومات الصحة Health Information Management Department (المعلومات موصحة أدناه).
- أي إفصاح عن المعلومات يحمل في طياته احتمالية إعادة الإفصاح عن المعلومات بشكل غير مُصرح به. أنا أعفي UMass Memorial Health Care والكيانات التابعة له من أي مسؤولية قانونية قد تنشأ عن الإفصاح أو إعادة الإفصاح عن تلك المعلومات.
- أنا لدي الحق في إلغاء هذا التصريح في أي وقت من خلال تقديم طلب كتابي إلى قسم Health Information Management على العنوان الموضح أدناه. لن ينطبق الإلغاء على المعلومات التي تم الكشف عنها بالفعل استجابة لهذا التصريح. لن ينطبق الإلغاء على شركة التأمين التي تعاملت معها إذا كان القانون يمنح شركة التأمين الخاصة بي الحق في الطعن على أي مطالبة بموجب بوليصة التأمين الخاصة بي.
- يمكن أن تتم حماية سجلات اضطراب سوء استخدام الكحول/المواد الخاصة بي بموجب اللوائح الفيدرالية المنظمة لسرية سجلات المريض الخاصة بسوء استخدام الكحول والعقاقير (Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records)، الباب 42 الجزء 2 من قانون اللوائح الفيدرالية، ولا يمكن الإفصاح عنها دون موافقتي الكتابية ما لم تنص اللوائح على خلاف ذلك. أنا أفهم أيضاً أن بإمكانني إلغاء هذه الموافقة في أي وقت إلا إلى الحد الذي قد تم فيه اتخاذ أي إجراء استناداً إلى هذه الموافقة، وأن هذه الموافقة في أي الأحوال تنتهي صلاحيتها على النحو المشار إليه في قسم "انتهاء صلاحية التصريح" من النموذج أدناه. (إذا كنت لا تعرف ما إذا كان ذلك ينطبق على سجلاتك أم لا، يُرجى التواصل مع عيادة مقدم الرعاية الصحية الخاص بك أو الاتصال بالخط الساخن المتعلق بالخصوصية (Privacy Hotline) على الرقم 508-334-5551).

انتهاء صلاحية التصريح:

ما لم يتم إلغاؤه لسبب مختلف، سوف تنتهي صلاحية هذا التصريح في التاريخ أو الحدث أو الشرط التاليين:

إذا لم أحدد تاريخاً أو حدثاً أو شرطاً لانتهاء الصلاحية، سيكون هذا التصريح سارياً لمدة لا تزيد عن تسعين (90) يوماً من تاريخ التوقيع أدناه، باستثناء ما تحدده اللوائح الفيدرالية و/أو لوائح الولاية خلاف ذلك. في مثل تلك الحالات، ستطبق المدة الزمنية الأقصر.

الصيغة المطلوبة لاستلام السجلات الطبية

تكون النسخ متاحة بشكل عام في غضون 10 أيام عمل بناءً على السجلات المطلوبة.

لفظياً	بوابة المريض*	البريد	الاستلام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> * حينما تكون متاحة فقط في حالة قيام المريض بتفعيل الحساب الخاص به	<input type="checkbox"/> الإلكتروني	<input type="checkbox"/> النسخ الورقية

* إذا كنت ترغب في جعل شخص آخر غيرك (المريض) يقوم باستلام السجل الطبي الخاص بك، يُرجى ذكر اسمه وصلته بك:

الاسم: _____

الاسم: _____

يلزم تقديم بطاقة هوية مژودة بصورة شخصية عند استلام نسخ من السجلات الطبية.

لقد أكملت كافة أقسام هذا النموذج. لقد قرأت وفهمت العبارات الواردة أعلاه وأصرح بالكشف عن المعلومات المطلوبة على الجانب الخلفي من هذا النموذج.

التاريخ

الاسم بأحرف واضحة

توقيع المريض/ولي الأمر/الممثل القانوني*

صلة الموقع بالمريض:

* إذا كنت تقوم بالتوقيع بصفقتك ممثلاً قانونياً، قَدِّم أيضاً الأوراق المناسبة لدعم هذا الوضع القانوني.

لنطرح الأسئلة، يُرجى التواصل مع المنشأة ذات الصلة أدناه أو العيادة الطبية التي تتلقى فيها الرعاية.

UMass Memorial Health Care
C/O Health Information Management
55 Lake Avenue North
Worcester, MA 01655
الهاتف 508-334-5700 اختياري. 1
الفاكس 508-334-9721

UMass Memorial-Community Healthlink
C/O Compliance Department
72 Jaques Avenue
Worcester, MA 01610
الهاتف 774-312-2700
الفاكس 508-860-1023

UMass Memorial Medical Group
C/O Community Practices
367 Plantation Street
Worcester, MA 01605
الهاتف 508-334-1443
الفاكس 508-334-1448

يجب إعطاء المريض نسخة من التصريح الكامل.

