

تصريح بالكشف عن المعلومات
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

مقاطعة مولتوماه

وزارة الصحة
قسم الصحة السلوكية (BHD)
209 SW 4th Avenue, Suite 520, Portland, OR 97204
الفاكس: 503-988-4015 الهاتف: 8238-988-503



تاريخ الميلا _____ الأوسط _____ الاسم الأول: _____ اسم العائلة: _____

أصرح أنا لقسم الصحة السلوكية بتبادل المعلومات التالية والكشف عنها للأفراد/المؤسسات المذكورة فيما يلي: **يرجى وضع علامة على كافة المربعات المناسبة فيما يلي مع ذكر الاسم بالكامل والعنوان:**

لتبادل المعلومات مع:
للكشف عن السجلات الصحية/الطبية إلى:
لتلقي السجلات الصحية/الطبية من:
لتبادل المعلومات شفهيًا مع:
الأفراد/المؤسسات: _____
جهة الاتصال/عناية: _____
عنوان الشارع: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
الهاتف: _____ الفاكس: _____

الغرض: أصرح بتبادل المعلومات الصحية أو الكشف عنها للأسباب التالية:

تنسيق الرعاية العلاج لسداد غير ذلك:

المعلومات التي سيتم تبادلها أو الكشف عنها: كافة

المعلومات الصحية الخاصة بي

كافة المعلومات العلاجية الخاصة بي

وثائق/معلومات محددة:

من خلال وضع علامات على الفراغات التالية، فأنا أوافق على وجه التحديد على الكشف عن المعلومات الصحية التالية، إن وجدت:

معلومات الاختبارات الجينية السجلات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

المعلومات الخاصة بتشخيص

المخدرات/الكحوليات أو العلاج أو الإحالة

معلومات الصحة العقلية

ينتهي العمل بهذا التصريح في غضون عام واحد (1)، أو بتاريخ (يرجى إدخال التاريخ أو الحدث): _____

إقرار العميل وموافقته

أفهم أنه يجوز للمتلقى إعادة الكشف عن المعلومات التي حصل عليها ما لم يحظر عليه ذلك بموجب القوانين الفيدرالية/قوانين الولاية أو إذا ما لزم الحصول على موافقة خاصة. أدرك أنه في حالة قيام المتلقي بإعادة الكشف عن معلوماتي، فقد أفقد حماية الخصوصية التي يكفلها القانون. أفهم أن سجلات اضطراب تعاطي المخدرات قد تكون محمية بموجب اللوائح الفيدرالية التي تحكم سرية سجلات المريض الخاصة باضطراب تعاطي المواد المخدرة (CFR 42 الجزء 2) وأنه لا يمكن إعادة الكشف عنها دون الحصول على موافقتي الكتابية ما لم يسمح القانون أو ينص على غير ذلك. إذا ما كنت قد ذكرت وسيطاً، يجوز للوسيط إعادة الكشف عن المعلومات الخاصة بتعاطي المواد أو الإدمان إلى مقدمي خدمات الرعاية الموثقين، ويجوز لي أن أطلب قائمة بإعادة الكشف مباشرة من الوسيط.

يجوز لي إلغاء هذا التفويض كتابياً في أي وقت أمام أي من أعضاء فريق العمل في قسم الصحة السلوكية. أفهم أن الإلغاء لا يسري على المعلومات التي تم الكشف عنها بالفعل استجابة لهذا التصريح. أفهم أن التوقيع على هذا التصريح ليس شرطاً للحصول على العلاج، أو المدفوعات، أو الاشتراك، أو الاستحقاق للحصول على مزايا.

التاريخ

الاسم بحروف واضحة

توقيع الفرد/الوصي القانوني

مراجعة 05/01/22

تصريح بالكشف عن المعلومات

تصريح بالكشف عن المعلومات
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

الإبطال: لم أعد أصرح بتبادل معلوماتي الصحية أو الكشف عنها.

توقيع الفرد/الوصي القانوني

الاسم بحروف
واضحة

التاريخ/الو
قت

لاستخدام العاملين فقط

الفرد/الوصي القانوني الذي تم إبطال تفويضه شفهيًا (عن طريق الهاتف أو غير ذلك):

توقيع/تصديق عضو فريق خدمات الصحة النفسية
والإدمان

الاسم بحروف
واضحة

التاريخ/ال
وقت