

تفويض المريض بالإفصاح عن المعلومات الطبية لطرف ثالث



يرجى كتابة معلومات المريض بأحرف واضحة

الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط
الاسم وقت تلقي العلاج (إذا كان مختلفًا عن المذكور أعلاه)		
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	رقم الهاتف	البريد الإلكتروني (اختياري)
عنوان الشارع	المدينة والولاية	الرمز البريدي

موقع (مواقع) تقديم الخدمة (حدد فقط الأماكن التي تلقيت فيها الخدمات)

☐ Mount Sinai Doctors ☐ جزيرة ستاتن (Staten Island) ☐ فلوريدا (Florida) ☐ لونغ آيلند (Long Island) ☐ غير ذلك (يرجى التحديد):	☐ بروكلين (Brooklyn) ☐ برونكس/ويستتشستر (Bronx/Westchester) ☐ مانهاتن/كوينز (Manhattan/Queens) ☐ غير ذلك (يرجى التحديد):	☐ New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai ☐ The Blavatnik Family Chelsea Medical Center ☐ Mount Sinai-Behavioral Health Center ☐ Mount Sinai-Union Square	☐ The Mount Sinai Hospital ☐ Mount Sinai Beth Israel ☐ Mount Sinai Brooklyn ☐ Mount Sinai Morningside ☐ Mount Sinai Queens ☐ Mount Sinai South Nassau ☐ Mount Sinai West
---	---	--	---

يرجى إكمال المعلومات وتحديد جميع المربعات التي تنطبق

موقع (مواقع) تقديم الخدمة	تاريخ (تواريخ) تقديم الخدمة	السجلات/المعلومات المطلوبة
		☐ زيارة (زيارات) المريض الداخلي: ☐ ملخص تقرير الخروج من المستشفى ☐ التقرير الجراحي ☐ السجل بالكامل ☐ غير ذلك:
		☐ جراحة اليوم الواحد ☐ التقرير الجراحي ☐ السجل بالكامل ☐ غير ذلك:
		☐ قسم الطوارئ (Emergency Department, ER) ☐ عيادة أطباء المرضى الخارجيين: ☐ اسم مقدم الرعاية:
		☐ عيادة المرضى الخارجيين: ☐ اسم العيادة:
		☐ نتائج الاختبار: ☐ تقارير القثطرة القلبية ☐ أعلام أشعة القثطرة القلبية ☐ غير ذلك (يرجى التحديد):
☐ التقارير المعملية	☐ تقارير علم الأمراض ☐ شرائح علم الأمراض	☐ تقارير الأشعة ☐ صور الأشعة
المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (Human Immunodeficiency Virus, HIV) سجلات تعاطي الكحوليات والعقاقير سجلات الطب النفسي نتائج الاختبارات الجينية	☐ عدم تضمين ☐ تضمين	☐ عدم تضمين ☐ تضمين ☐ عدم تضمين ☐ تضمين

التفويض بالإفصاح عن السجلات إلى

- ☐ مقدم الرعاية الصحية
☐ جهة إنفاذ القانون
☐ شركة التأمين أو من ينوب عنها
☐ صاحب العمل

- ☐ الوكيل
☐ المحكمة
☐ غير ذلك

الاسم

العنوان

أسباب الإفصاح عن المعلومات: ☐ طلب المريض ☐ طلب الحصول على مخصصات ☐ غير ذلك: _____

يرجى تحديد صيغة/وسيلة التوصيل المطلوبة

- ☐ ورقياً/عبر البريد ☐ قرص صلب/عبر البريد ☐ ملف بصيغة PDF/عبر البريد الإلكتروني

عنوان البريد الإلكتروني المطلوب إرسال السجل إليه (مطلوب): _____

لن نربط الحصول على العلاج أو الدفع بتوقيعك على هذا التفويض. ولكن إذا رفضت التوقيع، فلن نفصح عن سجلاتك.

أفهم أن هذا التفويض ساري المفعول لمدة عام واحد من هذا التاريخ أو حتى _____ وقد أقوم بإلغائه في أي وقت إلا إذا اتخذت Mount Sinai بالفعل إجراءً قائماً على تفويضي.

وأفهم أن طلبات الحصول على نسخ من السجلات الطبية تخضع لرسوم النسخ التي تسمح بها القوانين واللوائح، وستتاح لي فرصة تعديل طلبي أو سحبه إذا لم أرغب في دفع هذه الرسوم.

بنود محددة يقر المريض بفهمها

أفهم أن هذه الموافقة قد تتضمن الإفصاح عن سجلات تعاطي الكحوليات والعقاقير و/أو سجلات الطب النفسي و/أو المعلومات المتعلقة بفيروس HIV (مما يشير إلى أنني قد خضعت لاختبار يتعلق بفيروس HIV، أو أنني مصاب بفيروس HIV أو بمرض يتعلق بفيروس HIV أو بالإيدز، أو قد يشير ذلك إلى احتمالية تعرضي لفيروس HIV).

إذا منحت تفويضي بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بعلاج الصحة العقلية، أو علاج تعاطي الكحوليات أو العقاقير، أو فيروس HIV/الإيدز، فيُحظر عليّ المستلم (المستلمين) إعادة الإفصاح عن المعلومات دون تفويض مني ما لم يُسمح بفعل ذلك بموجب قانون الولاية والقانون الفيدرالي. ويحق لي أيضاً طلب قائمة بالأشخاص الذين قد يتلقون المعلومات الخاصة بي المتعلقة بفيروس HIV أو يستخدمونها دون تفويض. إذا تعرضت للتمييز نتيجة الكشف عن المعلومات المتعلقة بفيروس HIV أو الإفصاح عنها، يمكنك الاتصال بإدارة حقوق الإنسان بولاية نيويورك (New York State Division of Human Rights) على الرقم 800-523-2437 أو 212-480-2493، أو لجنة حقوق الإنسان بمدينة نيويورك (New York City Commission on Human Rights) على الرقم 212-306-7450.

بالتوقيع على نموذج التفويض هذا، فإنني أصرح باستخدام معلوماتي الصحية المحمية أو الإفصاح عنها وفق ما سبق وصفه. وقد يُعاد الإفصاح عن هذه المعلومات إذا لم يكن المستلم (المستلمون) -وفق ما هو موضح في هذا النموذج- ملزماً بموجب القانون بحماية خصوصية معلومات المريض ولم تعد هذه المعلومات محمية بموجب لوائح خصوصية المعلومات الصحية الفيدرالية.

المريض، أو *الوصي عليه
أو ممثله**

الاسم بأحرف واضحة	التوقيع	التاريخ	الوقت	الصلة أو "المريض نفسه"
العنوان			رقم الهاتف	

* يجب الحصول على توقيع المريض ما لم يكن المريض تحت سن 18 عاماً أو فاقداً للأهلية.

أرسل النموذج كاملاً إلى المنطقة الأكثر ملاءمة لك من بين المناطق المدرجة أدناه

رقم الهاتف	العنوان	الموقع
212-241-7607	The Mount Sinai Hospital HIM/Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111, New York, NY 10029	The Mount Sinai Hospital
212-420-2665	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management/Medical Records 150 East 42nd Street, Fifth Floor, Section D, New York, NY 10017	Mount Sinai Beth Israel
718-951-2806	Mount Sinai Brooklyn Health Information Management 3201 Kings Highway, Brooklyn, NY 11234	Mount Sinai Brooklyn
212-523-3265	Mount Sinai Morningside Health Information Management 1090 Amsterdam Avenue, 13th Floor, Suite B, New York, NY 10025	Mount Sinai Morningside
718-808-7683	Mount Sinai Queens HIM/Medical Records 25-10 30th Avenue, Long Island City, NY 11102	Mount Sinai Queens
516-632-3907	Mount Sinai South Nassau Health Information Management One Healthy Way, Oceanside, NY 11572	Mount Sinai South Nassau
212-523-6623	Mount Sinai West Health Information Management 1000 Tenth Avenue, New York, NY 10019	Mount Sinai West
212-979-4352	New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai Medical Records 310 East 14th Street, New York, NY 10003	New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai
212-604-6045	The Blavatnik Family Chelsea Medical Center Health Information Management 325 West 15th Street, New York, NY 10011	The Blavatnik Family Chelsea Medical Center
212-420-2665	Mount Sinai-Behavioral Health Center Health Information Management/Medical Records 150 East 42nd Street, Fifth Floor, Section D, New York, NY 10017	Mount Sinai-Behavioral Health Center
212-420-2665	Mount Sinai-Union Square Health Information Management/Medical Records Attn: Outpatient Team 150 East 42nd Street, Fifth Floor, Section D, New York, NY 10017	Mount Sinai-Union Square
تواصل مع العيادة التي تلقيت فيها الرعاية أو اطلب الحصول على سجلاتك عبر الإنترنت عن طريق إدخال عنوان الويب التالي في متصفحك: swellbox.com/mtsinai-wizard.html	اتصل بإدارة العيادة التي تلقيت فيها الرعاية للحصول على معلومات العنوان أو توجه إلى Mount Sinai Doctors Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111, New York, NY 10029	Mount Sinai Doctors