

FOR OFFICE USE ONLY		1 الجزء الأول: رقم العميل/المريض	
اسم عائلة العميل/المريض	اسم عائلة العميل/المريض	اسم عائلة العميل/المريض	اسم عائلة العميل/المريض
CERT #	اسم عائلة العميل/المريض	اسم عائلة العميل/المريض	اسم عائلة العميل/المريض
أسماء أخرى مستخدمة	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي (آخر أرقام)	رقم السجل الطبي (إذا كان معلوماً)
البريد الإلكتروني	رقم الهاتف مع رمز المنطقة	رقم الهاتف مع رمز المنطقة	رقم الهاتف مع رمز المنطقة
ناونء	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

2 الجزء الثاني: أفوض وكالة الرعاية الصحية بمقاطعة أورانج الإفصاح عن هذه المعلومات إلى:

ضع علامة إذا كان هو نفس الوارد اعلاه

اسم الشخص أو المنظمة	العنوان
المسمى العام (بالنسبة للبرامج التابعة لقانون اللوائح الفيدرالية خاص ببرامج CFR 42 فقط	
المدينة	الولاية
الرمز البريدي	رقم الهاتف مع رمز المنطقة

3 الجزء الثالث: الغرض من هذا التفويض

طلب المريض استمرار العلاج/الرعاية الطبية التأمين الجوانب القانونية الإعاقة أخرى:

4 الجزء الرابع: المعلومات التي يمكن الإفصاح (عنها خطوات 1, 3, 4 مطلوبة - اكمل الخطوة الثانية من اجل الخصوصية)

1. الخطوة اختر واحدة فقط: سجلات طبية ملخص العلاج

2. الخطوة حدد انواع السجلات التي سيتم اصدارها:

صحة الاسرة علاج الأمراض المنقولة جنسياً برنامج (CCS) California Children's Services نتائج / أفلام الأشعة السينية الأمراض الرئوية/السل WIC التحصينات AMM/MSN/MSI رعاية الأسنان أخرى:

وقع الأحرف الأولى من اسمك و اذكر الفترة الزمنية للسجلات المراد الكشف عنها مطلوبة من أجل استخدام أو الإفصاح عن الأنواع التالية من السجلات أو المعلومات ذات حساسية خاصة:

سجلات إدمان الكحول أو المخدرات أو إساءة استخدام المواد الكيميائية**	من تاريخ:	إلى تاريخ:
الصحة العقلية	من تاريخ:	إلى تاريخ:
اختبارات ونتائج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز	من تاريخ:	إلى تاريخ:

3. الخطوة العيادة (العيادات) حيث تم تلقي الخدمات:

4. الخطوة طريقة التوصيل المفضلة إلكترونية بريدية استلام شخصي

لمراجعتك

لقد قرأت محتويات هذا النموذج. ادرك ووافق، واسمح لمقاطعة أورانج باستخدام والإفصاح عن معلوماتي كما ذكرت اعلاه. كما انني أدرك أن التوقيع على هذا النموذج هو أمر طوعي، ولن يتأثر العلاج أو المدفوعات أو أهلية الحصول على المخصصات إذا لم أوقع على هذا التفويض. كما أعلم أنه لدي الحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت كتابة من خلال إرسال إشعار إلى أمين السجلات. لن يؤثر الإلغاء على عمليات الإفصاح عن المعلومات التي قام بها أمين السجلات بالفعل من خلال الاعتماد على هذا التفويض. يجوز إعادة الإفصاح عن المعلومات التي يتم الإفصاح عنها بموجب هذا التصريح من قبل المتلقي حيث لم تعد محمية بموجب قانون منقولية ومساءلة التأمين الصحي (HIPAA). يجوز لقانون الولاية المنطبق أو أي قانون فيدرالي آخر أن يلزم المتلقي بالحصول على إذن كتابي مني قبل إعادة الإفصاح عن المعلومات ما لم تسمح هذه القوانين بخلاف ذلك. يحق لي الحصول على نسخة من هذا النموذج. قد تطبق رسوم على طلبات معينة. نسخة من التفويض الأصلي تعد صالحة. تنتهي صلاحية هذا التفويض عند الانتهاء من هذا الطلب.

5 الجزء الخامس: توقيع العميل/المريض أو توقيع الممثل القانوني/الوصي المعين

X

الممثل القانوني (الاسم بأحرف واضحة) العلاقة القانونية بالعميل/المريض

**معلومات إدمان الكحول والمخدرات

الجزء 2 من CFR 42 يحظر الكشف غير المصرح به عن هذه السجلات

رجاء إرجاع استمارة مستوفاة لأغراض المعالجة إلى: HCA Custodian of Records • 200 W. Santa Ana Blvd • Suite 180, Santa Ana, CA 92701 • الهاتف (714) 834-3536 • الموقع الإلكتروني COR@ochca.com • http://ohealthinfo.com/records