

إذن للحصول على المعلومات و (أو) نشرها

اسم المريض: _____ (اسم العائلة) _____ (الإسم) _____ (الكنية) _____ (الإسم قبل الزواج)

تاريخ الميلاد: _____ هاتف: _____ بريد الكتروني: _____

العنوان الكامل (الشارع أو رقم عتبة البريد، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

الغرض من استخدام هذه المعلومات: الاستخدام الشخصي الرعاية المستمرة اسباب قانونية الإعاقة تعويضات العمل الأهلية للتأمين / المكاسب بطاقة الضمان الاجتماعي غير ذلك (حدّد)

أصرح للوحدة (أو الوحدات) التابعة لـ Yale Medicine / Yale New Haven Health المذكورة أدناه

 للتصريح عن معلومات من السجل الطبي الخاص بي لـ: للحصول على معلومات من:

الاسم: _____ الهاتف: _____

العنوان: _____ المدينة / الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

الفاكس (اختياري): _____ البريد الإلكتروني (اختياري) _____

إذا تم طلب سجلات طبية من موفر خدمات خارجي أو منشأة خارجية لرعاية المرضى في YNHHS، يرجى ذكر اسم موقع YNHHS لإرسال المعلومات الطبية:

اسم مقدم خدمة YNHHS: _____

العنوان الكامل: _____

رقم الفاكس: _____ رقم الهاتف: _____

طرق كشف المعلومات: MyChart (يتوجب وجود حساب نشيط) البريد الفاكس البريد الإلكتروني الآمن الاستلام يرجى الإشارة إلى الطريقة التي ترغب في الاتصال بها عندما تكون جاهزاً للاستلام: _____نوع الزيارة: دخول جراحة العيادات الخارجية زيارة قسم الطوارئ مكتب الطبيب / العيادة غير ذلك _____الموقع: مستشفى بيل نيو هافن (Yale New Haven Hospital) (York Street Campus/St. Raphael's Campus/Smilow Care Centers) مستشفى بريدجپورت (Bridgeport Hospital) مستشفى غرينتش (Greenwich Hospital) إسم وتعريف مقدم الخدمة (مجموعة NEMG): _____ إسم وتعريف مقدم الخدمة (Yale Medicine): _____

تاريخ تقديم الخدمة: _____

المعلومات الطبية المطلوبة: _____

 ملخص السجل الطبي (التاريخ الطبي والفحص البدني، ملخص تقرير الوضع الطبي عند المغادرة، تقرير التشاور، تقرير قسم الطوارئ، التقرير العملي، تقرير علم الأمراض، النتائج المخبرية، تقرير قسم الأشعة) التاريخ الطبي والفحص البدني (HP) النتائج المخبرية إختبار الجهد التقرير الإستشاري ملخص المغادرة (DS) تقرير قسم الأشعة تخطيط القلب الملاحظات العيادية الزيارات الطارئة (ED) تقرير علم الأمراض إختبار الوظائف الرئوية لائحة العلاجات تقرير العمليات السجل لمناعي ملاحظات العلاج الوظيفي والبدني غير ذلك _____ سجل طبي كامل (يشمل كل ما سبق بالإضافة إلى ملاحظات التمريض والملاحظات الملحقة والموافقات. باستثناء البيانات التمرضية ما لم يطلب ذلك تحديداً.) صورة (صور) الأشعة: _____ فاتورة مفصلة

يرجى تحديد التاريخ والنوع

يتم اعتماد بدلات معقولة على أساس التكلفة.



*** سيتم الإفصاح عن التعليمات بشأن العلاجات / الكحول - السلوك الصحي- لمرض العوز المناعي البشري، والتي تحتويها السجلات الطبية المشار إليها أعلاه، من خلال هذا التفويض ما لم يرد خلاف ذلك أدناه. (يجب توقيع السجلات الطبية التي تحتوي على أي من المعلومات ذات الخصوصية والميمنة أدناه، من قبل المريض إذا كان عمره 13 عامًا أو أكثر، باستثناء الصحة السلوكية، التي تتطلب أيضًا تفويضًا من المريض إذا كان عمره 16 عامًا أو أكثر.)***

حدد المعلومات التي لا ترغب بالكشف عنها باستخدام الأحرف الأولى من اسمك:

_____ فيروس نقص المناعة البشرية _____ إساءة استخدام المواد (التي تشمل تعاطي الكحول والمخدرات) _____ اختبار الحمل _____ الاختبار الجيني
_____ الصحة السلوكية / العقلية _____ الأمراض النفسية المنقولة جنسياً _____ غير ذلك (حدّد)

أفهم و أقر بما يلي:

- هذا التفويض صالح لمدة عام واحد من التاريخ أدناه. أفهم أنه بعد أن قمت بتوقيع هذا النموذج ، قد أغير رأبي وألغي (أراجع عن) هذا التفويض في أي وقت عن طريق الإبلاغ الخطي الموجه لوحدة المعلومات الطبية في YNHHS . لن يسري إلغاء التفويض على المعلومات التي كان قد جرى الإفصاح عنها بناءً على التفويض المذكور.
 - قد تخضع المعلومات التي يتم الكشف عنها بناءً على هذا التفويض، لإعادة الكشف عنها من قبل الجهة التي كان قد تم إعطاءها لها، ولن تكون بالتالي محمية بموجب شروط هذا التفويض أو بموجب قوانين الخصوصية الفيدرالية. إلا أنه، قد يحظر قانون آخر أو قانون اتحادي على المستلم الكشف عن معلومات محمية بشكل خاص، مثل معلومات معالجة تعاطي المخدرات والمعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز ومعلومات عن الصحة النفسية / العقلية.
 - أن هذا التفويض اختياري وأن معالجتني في YNHHS / Yale Medicine ليست مشروطة بأي حال من الأحوال بتوقيعي على هذا التفويض أو رفضي لتوقيعه. لن يكون لعدم توقيعي على هذه الإستمارة أي أثر على دفع بدلات هذه الرعاية إلا إذا طلبت شركة تأمين الرعاية الخاصة بي الحصول على هذه المعلومات وسمح لها بذلك.
 - عند الطلب، يجوز لي مراجعة أو نسخ المعلومات الموضحة في هذه الإستمارة. قد يتوجب دفع بدلات النسخ وفقا لقانون ولاية كونيتيكت.
 - يجب على أهل المريض أو الوصي القانوني التوقيع على هذا التصريح إذا كان المريض قاصراً (أقل من 18 عاماً) إلا إذا كانت المعلومات تتعلق بالعلاج (العلاجات) التي يجاز للقاصر الموافقة عليها بموجب قانون ولاية CT. في حال شمول موافقة القاصر (13 سنة وما فوق) المعلومات عن مرض نقص المناعة البشرية أو الصحة السلوكية أو المخدرات / الكحول للمريض، يجب على القاصر التوقيع كما هو موضح أعلاه.
- يجب إعادة التفويض بعد توقيه عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني كما هو محدد أدناه. لا ترسل السجلات الطبية إلى هذا العنوان.

العنوان البريدي:

Yale New Haven Health
Health Information Management
Release of Information Services
PO Box 9565
New Haven, CT 06535

رقم فاكس مستشفى (YNHHS): 203-688-4645 البريد الإلكتروني: releaseofinfo-Hosp@ynhh.org
رقم فاكس مقدم الخدمة (NEMG): 203-200-1286 البريد الإلكتروني: releaseofinfo-NEMG@ynhh.org
رقم فاكس مقدم الخدمة (YM): 203-200-1287 البريد الإلكتروني: releaseofinfo-YM@ynhh.org

تتم عادةً معالجة الطلبات الروتينية للسجلات الطبية في غضون 10 أيام عمل. للاتصال بممثل خدمة الزبائن، يرجى الاتصال بالرقم 203-688-2231 .

الأسم (بأحرف طباعية): _____

التاريخ: _____

توقيع المريض أو الممثل المفوض من قبله:

**يتوجب تقديم إثبات التفويض (باستثناء الأهل إذا كان المريض قاصراً)

يرجى التأكد من طبيعة العلاقة بالمريض

المريض نفسه قريب (عائلة) وصي قانوني منقذ وصية وكيل خدمات صحية حافظ حقوق معين قانوناً
 غير ذلك _____ (حدّد)

التاريخ

توقيع القاصر (إذا وجد)

إسم القاصر بأحرف طباعية (إذا وجد)

