

**تفويض بإرسال/نقل المعلومات الصحية**  
إرسال السجلات الطبية عن طريق الفاكس إلى: (802) 860-4313  
إرسال سجلات الأسنان إلى البريد الإلكتروني: [dentalxrays@chcb.org](mailto:dentalxrays@chcb.org)

اسم المريض: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_

**سبب الإفصاح: يرجى اختيار السبب (الأسباب) للإفصاح عن معلوماتك:**

- تنسيق الرعاية  نسخة المريض  نقل الرعاية  رأي ثانٍ  
 الأغراض القانونية  غير ذلك (يرجى التوضيح):

**يرجى اختيار جميع المعلومات التي ترغب في مشاركتها:**

**الملف الكامل:**

- الملف الكامل يشمل المعلومات الطبية/معلومات الصحة العقلية/الطب النفسي. وهذا يشمل السجلات السابقة من الوكالات الخارجية التي تحتفظ بها مراكز CHC في الملف، بما في ذلك سجلات علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة المستلمة من برنامج يخضع لقانون CFR 42 الجزء 2، والتي لا يمكن استخدامها والإفصاح عنها إلا بموافقة كتابية، باستثناء ما يسمح به القانون.

ضع علامة هنا إذا كنت لا تريد الكشف عن سجلاتك من منشأة خاضعة للجزء 2.

نطاق التاريخ: \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ إذا لم يتم تحديد تواريخ، ستتم مشاركة جميع السجلات من هذا النوع.

**المعلومات الطبية:**

- جميع الملاحظات المتعلقة بالخدمات الطبية فقط. وهذا يشمل السجلات الطبية السابقة من وكالات خارجية التي تحتفظ بها مراكز CHC في الملف.  
 غير ذلك (نتائج الفحوص، المواعيد، معلومات الفواتير، وما إلى ذلك) يرجى التوضيح:

نطاق التاريخ: \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ إذا لم يتم تحديد تواريخ، ستتم مشاركة جميع السجلات من هذا النوع.

**معلومات الصحة العقلية/الطب النفسي:**

- جميع الملاحظات المتعلقة بالصحة العقلية/الطب النفسي. وهذا يشمل السجلات السابقة من الوكالات الخارجية التي تحتفظ بها مراكز CHC في الملف، بما في ذلك سجلات علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة المستلمة من برنامج يخضع لقانون CFR 42 الجزء 2، والتي لا يمكن استخدامها والإفصاح عنها إلا بموافقة كتابية، باستثناء ما يسمح به القانون.

ضع علامة هنا إذا كنت لا تريد الكشف عن سجلاتك من منشأة خاضعة للجزء 2.

غير ذلك (يرجى التوضيح):

نطاق التاريخ: \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ إذا لم يتم تحديد تواريخ، ستتم مشاركة جميع السجلات من هذا النوع.

**طب الأسنان:**

- أشعة الأسنان

نطاق التاريخ: \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ إذا لم يتم تحديد تواريخ، ستتم مشاركة جميع أشعة الأسنان من السنوات الخمس الماضية.

غير ذلك (يرجى التوضيح):

**المعلومات المطلوبة من:**

**المعلومات يتم الكشف عنها إلى:**

الاسم: \_\_\_\_\_ الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_

الفاكس: \_\_\_\_\_ الفاكس: \_\_\_\_\_

**تاريخ انتهاء صلاحية هذه الموافقة:**

أفهم أنه إذا لم أذكر تاريخ انتهاء الصلاحية أعلاه، فإن هذه الموافقة سنتتهي صلاحيتها بعد ثلاث سنوات من آخر تاريخ خدمة لي في مراكز CHC. وأفهم أن المعلومات التي تم الكشف عنها قد تشمل السجلات الطبية و/أو النفسية و/أو سجلات الصحة العقلية و/أو سجلات المخدرات والكحول. وأفهم أن سجلاتي الطبية محمية بموجب قانون قابلية نقل ومساءلة التأمين الصحي لعام 1996 ("HIPAA")، و45 الأجزاء 160 و164، ولا يمكن الإفصاح عنها دون موافقتي الكتابية إلا إذا نصت لوائح الولاية واللوائح الفيدرالية على خلاف ذلك. وتعد النسخة المصورة أو النسخة طبق الأصل من هذه الموافقة صالحة مثل النسخة الأصلية تماماً. وأفهم أنه قد يتم رفض تقديم الخدمات لي إذا رفضت الموافقة على الإفصاح لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. وأنه لن يتم رفض تقديم الخدمات لي إذا رفضت الموافقة على الإفصاح لأغراض أخرى. ويمكن سحب هذا التفويض عن طريق تقديم طلب كتابي إلى CHC في أي وقت، إلا إذا تم اتخاذ إجراءات بناءً عليه بالفعل. أنت تفوض مراكز Community Health Centers للإفصاح عن سجلاتك بالصيغ التالية: شفهيًا، كتابيًا، إلكترونياً، ما لم يذكر خلاف ذلك هنا.

أوافق باستخدام المعلومات الخاضعة لقانون CFR 42 الجزء 2 والإفصاح عنها للأغراض التالية: لجميع الاستخدامات وحالات الإفصاح المستقبلية لعلاجي وعمليات الدفع وعمليات الرعاية الصحية. ويجوز للمتلقى إعادة الإفصاح عن المعلومات التي تم الكشف عنها نتيجة لهذا التفويض، ولن تكون محمية بموجب قانون HIPAA أو CFR 42 الجزء 2. ولكن، لا يجوز استخدام المعلومات الخاضعة لقانون CFR 42 الجزء 2 في الإجراءات القانونية دون موافقة أو أمر قضائي مؤهل.

توقيع المريض: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

توقيع ولي الأمر أو الوصي، أو الممثل القانوني: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

وصف التفويض للتوقيع نيابة عن المريض: \_\_\_\_\_ رقم جهة الاتصال: \_\_\_\_\_