

## تفويض بالإبلاغ الشفهي (فقط)

يتيح هذا النموذج مشاركة المعلومات شفهيًا مع شخص آخر. ولن يتم إرسال أي سجلات ورقية.

للاستخدام الفردي فقط - يرجى عدم إضافة أسماء متعددة.

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

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

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

لتنسيق الرعاية  الأعراض القانونية

مشاركة/دعم الأسرة

أفوض مراكز CHC بالإفصاح عن سجلي الطبي، بما في ذلك المعلومات الطبية، ومعلومات الصحة العقلية، والطب النفسي، وطب الأسنان، لغرض الإبلاغ الشفهي.

المعلومات يتم الكشف عنها إلى: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

علاقته بي: \_\_\_\_\_

تاريخ انتهاء صلاحية هذه الموافقة: \_\_\_\_\_

أفهم أنه إذا لم أذكر تاريخ انتهاء الصلاحية أعلاه، فإن هذه الموافقة ستنتهي 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 تمامًا. 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. أفهم أن بإمكانني سحب هذه الموافقة في أي وقت. وأن قراري بسحب هذه الموافقة لن يؤثر على السجلات التي تم الإفصاح عنها سابقًا بموجب هذه الموافقة. أنت تفوض مراكز Community Health Centers في Burlington بالإفصاح عن سجلاتك بالصيغ التالية: شفهيًا.

توقيع المريض: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

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

التاريخ: \_\_\_\_\_

وصف التفويض بالتوقيع نيابة عن المريض: \_\_\_\_\_

رقم جهة الاتصال: \_\_\_\_\_

اسحب بموجب هذا هذه الموافقة بتاريخ: \_\_\_\_\_ (التاريخ) التوقيع: \_\_\_\_\_