

طلب السجل الطبي - الذات أو الوصي القانوني

بموجب قانون HIPAA، لدى مراكز CHC ما يصل إلى 30 يومًا لتقديم الأوراق المطلوبة.
استخدم هذا النموذج لكل طلب فردي للسجلات التي لا يستطيع الموظفون تقديمها على الفور

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____

العنوان: _____

الوصي القانوني (إذا لم يتمكن المريض من الطلب): _____

التوقيع: _____

السجلات المطلوبة: _____

تاريخ طلب السجلات: _____

كيف ترغب في استلام السجلات:

الحضور للاستلام

البريد الإلكتروني، يرجى كتابة عنوان البريد الإلكتروني هنا: _____

البريد، يرجى تأكيد عنوان البريد هنا: _____

للاستخدام داخل المكتب فقط

تم التأكد من الهوية أو الوصاية

تم التأكد من العنوان في حال الإرسال

تم التوثيق في سجل المعلومات الصحية المحمية (PHI Log)