

UMASS MEMORIAL HEALTH CARE
AUTHORIZATION FOR THE
DISCLOSURE OF PROTECTED
HEALTH INFORMATION

(ARABIC)
Page 1 of 2

- UMass Memorial Medical Center
 UMass Memorial HealthAlliance-Clinton Hospital
 UMass Memorial - Marlborough Hospital
 UMass Memorial Medical Group - Location: _____

PATIENT TO COMPLETE THIS SECTION:

FULL NAME:

ADDRESS:

BIRTHDATE/AGE:

SEX:

HAR/CSN:

PRINT CLEARLY IN INK OR IMPRINT WITH PATIENT'S CARD

أفوض بموجب هذا التصريح الكيان المختار أعلاه و/أو موظفيه و/أو وكلاءه، للقيام بما يلي (اختر واحداً):

- طلب وتلقي معلومات من مقدم الرعاية/المنظمة المحددين أدناه.
 الكشف عن المعلومات الواردة في السجل الطبي الخاص بالمرضى المذكور اسمه أعلاه للمتلقي المحدد أدناه.
 المريض نفسه (انظر أعلاه) مقدم الرعاية الصحية (إن يتم تحمّل أي تكلفة في حالة إرسال المعلومات إلى عيادة الطبيب مباشرة) منظمة/شخص/آخرين (شركة تأمين، محامي، إلخ).

الاسم: _____

عنوان الشارع: _____

الولاية: _____

الهاتف: _____

الرمز البريدي: _____

البريد الإلكتروني: _____

الفاكس: _____

البريد الإلكتروني: _____

الغرض من الكشف عن هذه المعلومات هو من أجل:

- تحديد موعد مع الأخصائي
 نقل الرعاية إلى مقدم رعاية صحية جديد
 مقدم الرعاية
 محامي/قضية قانونية
 إعاقه/طلب تأمين/مطالبة
 غير ذلك (حدد): _____

رسوم النسخ: وفقاً للقسم 164.524 التابع للباب 45 من قانون اللوائح الفيدرالية (Code of Federal Regulations, CFR) الخاص بقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)، فإننا نحتفظ بالحق في فرض رسوم معقولة بناءً على التكلفة لإصدار النسخ وإرسالها عبر البريد. لن تتجاوز، في أي وقت، الرسوم المفروضة بناءً على التكلفة الرسوم التي يفرضها قانون ماساتشوستس (فصل القوانين العامة الخاصة بماساتشوستس 111 [Massachusetts General Laws, MGL 111] القسم 70).

إرشادات: يُرجى اختيار واحد من الثلاث اختيارات الواردة أدناه من خلال وضع علامة بالمرجع المناسب.

1. زيارة (زيارات) فردية. يُرجى وضع علامة إما في مربع تاريخ الزيارة الموجزة أو تاريخ الزيارة الكاملة.
 تاريخ الزيارة الموجزة. يتضمن عناصر رئيسية لتاريخ (تواريخ) زيارة محددة، بما في ذلك: تقارير واختبارات تشخيصية (اختبارات معملية، والتصوير بالأشعة السينية، وتخطيطات كهربية للقلب EKGs، واختبارات وظائف الرئة PFTs، وقائمة مطابقة ودقة الأدوية، وحالات الحساسية، والتقارير المدونة من قبل مقدم الرعاية الصحية). يحتوي الموجز على المعلومات الأكثر طلباً بشكل شائع وتكون تكلفته أقل.
 تاريخ الزيارة الكاملة. يتضمن أي وجميع الوثائق المرتبطة بتاريخ (تواريخ) زيارة محددة.
التاريخ (التواريخ) من: _____ حتى: _____

2. خدمات محددة. إذا كنت ترغب في تلقي نسخ فقط من خدمة (خدمات) محددة، يُرجى وضع علامة فقط على نوع (أنواع) التقرير الذي تطلبه وكتب التاريخ/النطاق الزمني (عندما تم توفير الخدمات) في السطر أدناه.

- التاريخ (التواريخ) من: _____ حتى: _____
- الدراسات القلبية
 الاستشارات
 ملخصات الخروج من المستشفى
 اختبارات عصبية: تخطيط كهربي للدماغ EEG وتخطيط كهربي للعضلات EMG ودراسة النوم
 سجلات الخدمات الطارئة
 تقارير التطعيم
 التقارير المعملية (اختبارات الدم)
 ملاحظات العيادة لد.
- تقرير (تقارير) العمليات/الإجراءات
 تقرير (تقارير) علم الأمراض
 نموذج (نماذج) رعاية المريض بعد خروجه من المستشفى
 دراسات رئوية: اختبارات وظائف الرئة
 تقارير التصوير الإشعاعي
 إعادة التأهيل: العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج التخاطب
 غير ذلك (حدد): _____
 غير ذلك (حدد): _____

3. السجل الطبي الكامل. يُرجى وضع علامة إما في مربع السجل الطبي الموجز أو مربع السجل الطبي الكامل أدناه.

- ملاحظة: يمكن أن يتضمن كل من السجل الطبي الموجز و/أو السجل الطبي الكامل سجلات محفوظة منذ أكثر من عشرين (20) سنة من تاريخ زيارتك الأخيرة.
 موجز السجل الطبي الكامل. يتضمن عناصر رئيسية لتاريخ (تواريخ) زيارة محددة، بما في ذلك: تقارير واختبارات تشخيصية (اختبارات معملية، والتصوير بالأشعة السينية، وتخطيطات كهربية للقلب EKGs، واختبارات وظائف الرئة PFTs، وقائمة مطابقة ودقة الأدوية، وحالات الحساسية، والتقارير المدونة من قبل مقدم الرعاية الصحية). يحتوي الموجز على المعلومات الأكثر طلباً بشكل شائع وتكون تكلفته أقل.
 السجل الطبي الكامل. يتضمن أي وجميع الوثائق الخاصة بالسجل الطبي الكامل لأي مريض. يُرجى ملاحظة أن اختيار هذا الخيار قد يؤدي إلى تحمّل تكلفة باهظة لإعداد السجلات.

محمية بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي

أنا أتفهم أن السجل الصحي الخاص بي قد يتضمن معلومات تتعلق بصحتي العقلية واضطراب سوء استخدام الكحول/المواد والاعتماد الجنسي والأمراض المنقولة جنسياً والإجهاض والاختبارات الجينية والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/مرض نقص المناعة البشرية المكتسبة (الإيدز-AIDS) والعنف المنزلي أو أي معلومات أخرى قد أعتبرها حساسة. يجب أن تكتب أحرف الأولى بجانب أنواع المحتوى أدناه ولا فإن يتم الإفصاح عن تلك المعلومات.

- الإجهاض - نماذج الموافقة أو أوامر المحكمة _____ نتائج اختبارات الفحص الوراثي _____ استشارات بشأن الاعتداءات الجنسية
استشارات بشأن العنف المنزلي _____ نتائج اختبارات الإصابة بفيروس HIV/مرض الإيدز _____ الأمراض المنقولة جنسياً
تفاصيل تشخيص الصحة العقلية و/أو العلاج المقدم من قبل أحد الأخصائيين النفسيين أو أحد الأطباء النفسيين أو ممرضة سريرية متخصصة في الصحة العقلية أو استشاري مُرخص في الصحة العقلية وأخصائي اجتماعي مُرخص
اضطراب سوء استخدام الكحول/المواد؛ يجب تحديد الطبيعة المحددة للمعلومات المطلوبة: _____

غير ذلك (حدد): _____

يُرجى الاستمرار في الجانب الخلفي



أنا أفهم النقاط التالية:

- هذا التصريح طوعي. أنا لست مضطراً للتوقيع للتأكيد على العلاج ما لم يكن الغرض الوحيد من العلاج هو تقديم معلومات لطرف ثالث (مثال: الفحوصات البدنية في مرحلة ما قبل التوظيف).
- وفقاً للممارسات المتعلقة بالإخطار المشترك بالمعلومات، فإنني لدي الحق في فحص نسخ من سجلاتي الطبية أو طلبها. يجب عمل الترتيبات اللازمة لفحص سجلاتي الطبية في الموقع؛ يُرجى التواصل مع قسم إدارة معلومات الصحة Health Information Management Department (المعلومات مُوضحة أدناه).
- أي إفصاح عن المعلومات يحمل في طياته احتمالية إعادة الإفصاح عن المعلومات بشكل غير مُصرح به. أنا أعفي UMass Memorial Health Care والكيانات التابعة له من أي مسؤولية قانونية قد تنشأ عن الإفصاح أو إعادة الإفصاح عن تلك المعلومات.
- أنا لدي الحق في إلغاء هذا التصريح في أي وقت من خلال تقديم طلب كتابي إلى قسم Health Information Management على العنوان الموضح أدناه. لن ينطبق الإلغاء على المعلومات التي تم الكشف عنها بالفعل استجابة لهذا التصريح. لن ينطبق الإلغاء على شركة التأمين التي تعامل معها إذا كان القانون يمنح شركة التأمين الخاصة بي الحق في الطعن على أي مطالبة بموجب بوليصة التأمين الخاصة بي.
- يمكن أن تتم حماية سجلات اضطراب سوء استخدام الكحول/المواد الخاصة بي بموجب اللوائح الفيدرالية المنظمة لسرية سجلات المريض الخاصة بسوء استخدام الكحول والعقاقير (Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records)، الباب 42 الجزء 2 من قانون اللوائح الفيدرالية، ولا يمكن الإفصاح عنها دون موافقتي الكتابية ما لم تنص اللوائح على خلاف ذلك. أنا أتفهم أيضاً أن بإمكانني إلغاء هذه الموافقة في أي وقت إلا إلى الحد الذي قد تم فيه اتخاذ أي إجراء استناداً إلى هذه الموافقة، وأن هذه الموافقة في أي الأحوال تنتهي صلاحيتها على النحو المُشار إليه في قسم "انتهاء صلاحية التصريح" من النموذج أدناه. (إذا كنت لا تعرف ما إذا كان ذلك ينطبق على سجلاتك أم لا، يُرجى التواصل مع عيادة مقدم الرعاية الصحية الخاص بك أو الاتصال بالخط الساخن المتعلق بالخصوصية (Privacy Hotline) على الرقم 508-334-5551).

انتهاء صلاحية التصريح:

ما لم يتم إلغاؤه لسبب مختلف، سوف تنتهي صلاحية هذا التصريح في التاريخ أو الحدث أو الشرط التاليين:
إذا لم أحدد تاريخاً أو حدثاً أو شرطاً لانتهاء الصلاحية، سيكون هذا التصريح سارياً لمدة لا تزيد عن تسعين (90) يوماً من تاريخ التوقيع أدناه، باستثناء ما تحدده اللوائح الفيدرالية و/أو لوائح الولاية خلاف ذلك. في مثل تلك الحالات، سنتطرق المدة الزمنية الأقصر.

الصيغة المطلوبة لاستلام السجلات الطبية

تكون النسخ متاحة بشكل عام في غضون 10 أيام عمل بناءً على السجلات المطلوبة.

الاستلام	البريد	بوابة المريض*	لفظياً
<input type="checkbox"/> النسخ الورقية	<input type="checkbox"/> النسخ الورقية <input type="checkbox"/> الإلكتروني	<input type="checkbox"/> *حينما تكون متاحة فقط في حالة قيام المريض بتفعيل الحساب الخاص به	<input type="checkbox"/>

*إذا كنت ترغب في جعل شخص آخر غيرك (المريض) يقوم باستلام السجل الطبي الخاص بك، يُرجى ذكر اسمه وصلته بك:

الاسم: _____

الصلة: _____

يلزم تقديم بطاقة هوية مُزودة بصورة شخصية عند استلام نسخ من السجلات الطبية.

لقد أملت كافة أقسام هذا النموذج. لقد قرأت وفهمت العبارات الواردة أعلاه وأصرح بالكشف عن المعلومات المطلوبة على الجانب الخلفي من هذا النموذج.

توقيع المريض/ولي الأمر/الممثل القانوني* _____

الاسم بأحرف واضحة _____

الاسم بأحرف واضحة _____

تاريخ _____

صلة الموقع بالمريض: _____

*إذا كنت تقوم بالتوقيع بصفته ممثلاً قانونياً، قَدِّم أيضاً الأوراق المناسبة لدعم هذا الوضع القانوني.

لشرح الأسئلة، يُرجى التواصل مع المنشأة ذات الصلة أدناه أو العيادة الطبية التي تتلقى فيها الرعاية.

UMass Memorial HealthAlliance-Clinton Hospital
C/O Health Information Management
60 Hospital Road
Leominster, MA 01453
الهاتف 978-466-2857
الفاكس 978-466-2822
الطلبات الخاصة بالسجلات فقط: الفاكس 978-466-2831

UMass Memorial Medical Center
C/O Health Information Management
55 Lake Avenue North
Worcester, MA 01655
الهاتف 508-334-5700 اختياري. 1
الفاكس 508-334-9721

UMass Memorial Medical Group
C/O Community Practices
367 Plantation Street
Worcester, MA 01605
الهاتف 508-334-1443
الفاكس 508-334-1448

UMass Memorial - Marlborough Hospital
C/O Health Information Management
157 Union Street
Marlborough, MA 01752
الهاتف 508-486-5875
الفاكس 508-229-1216

يجب إعطاء المريض نسخة من التصريح الكامل.

