

## تصريح بالإفصاح عن معلومات طبية

خدمات النسخ مقدّمة بواسطة: هيلثبورت تكنولوجيا • 120 Bluegrass Valley Pkwy, Alpharetta, GA 30005 • فيلادلفيا: 800-367-1500

|                             |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) | اسم المريض بالكامل (مطبوعاً)    |
| رقم التأمين الاجتماعي       | عنوان الشارع                    |
| رقم الهاتف (المنزل)         | المدينة، الولاية، الرقم البريدي |

بناءً على طلب الشخص، أنا \_\_\_\_\_، وأصرّح بموجب ذلك لمستشفى جامعة جورج واشنطن بالإفصاح عن: (اسم المريض بالكامل)

|                                |                       |                |
|--------------------------------|-----------------------|----------------|
| ملخص الخروج                    | تقارير الحالة المرضية | تقارير الطوارئ |
| التاريخ المرضي والحالة البدنية | التقارير المعملية     | أخرى           |
| ملاحظات تقدم الحالة            | تقارير الأشعة         |                |
| الملاحظات الجراحية             | EEG/ECG/قسطرة قلبية   |                |

أصرّح \_\_\_\_\_ لا أصرّح \_\_\_\_\_ بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بالإصابة بالإيدز (متلازمة نقص المناعة المكتسبة) أو HIV (فيروس نقص المناعة البشري)، الرعاية النفسية و/أو التقييم النفسي، وعلاج إدمان الكحول و/أو المخدرات.

يتم الإفصاح عن المعلومات إلى:

الاسم (المريض، الطبيب، المستشفى، أو متلقي آخر)

عنوان الشارع

المدينة، الولاية، الرقم البريدي

انقر هنا للتسليم إلكترونياً (يكون مطلوباً عنوان بريد إلكتروني ساري) \_\_\_\_\_  
(برجاء الكتابة على نحوٍ يمكن قراءته)

حاسب العاملين  
شخصي

التأمين  
تحديد الإعاقة

الغرض من الإفصاح:  
الإحالة إلى أخصائي  
التحقيق القانوني

غرض آخر (عيّن الغرض)

أصرّح بموجب ذلك بالإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة بالمريض المذكور عليه. هذا التصريح ساري لمدة 12 شهراً من تاريخ التوقيع. أدرك أنه يمكنني أن ألغي هذا الطلب بإخطار مكتوب ولكن ذلك لن يؤثر على أي معلومات تم الإفصاح عنها قبل إخطار الإلغاء. أدرك أن المعلومات المستخدمة أو التي تم الإفصاح عنها قد تكون عرضة للإفصاح من جديد بواسطة الشخص أو فئة الأشخاص أو المرفق الذي تلقاه، ولن تكون بذلك محمية بواسطة اللوائح الفيدرالية. أدرك أن موفر الخدمات الطبية المقدم له هذا التصريح قد لا يجعل من توقيعي أو عدم توقيعي على التصريح شرطاً لعلاجي لي.

التاريخ

توقيع الشخص أو الوصي أو الممثل الشخصي للمريض

ملاحظة: هيلثبورت تكنولوجيا متعاقد معها لتوفير هذه الخدمة وستعد فاتورة لك مباشرة بقيمة 00.76 دولار لكل صفحة زائد مصروفات البريد والمناولة.

بطاقة باسم المريض

THE GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY HOSPITAL



Universal Health

إدارة المعلومات الصحية

202-715-4361 • فاكس 202-715-5324 • 900 23<sup>rd</sup> St., NW Washington, DC 20037

تصريح بالإفصاح  
عن معلومات طبية



74-128(08/13)

RI0010