

اسم المريض: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
 العنوان: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
 عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_  
 أطلب بمعلوماتي الصحية الخاضعة للحماية (PHI) من

Crete Medical Clinic \_\_\_\_\_ Crete Area Medical Center \_\_\_\_\_ Bryan South Campus \_\_\_\_\_ Bryan Heart \_\_\_\_\_ Bryan Medical Center \_\_\_\_\_  
 Central City Medical Clinic \_\_\_\_\_ Merrick Medical Center \_\_\_\_\_ Fullerton Medical Clinic \_\_\_\_\_ Friend Medical Clinic \_\_\_\_\_  
 Bryan Physician Network Office (Specify Location(s)) \_\_\_\_\_  
 Platte Valley Medical Group \_\_\_\_\_ Kearney Regional Medical Center \_\_\_\_\_ Grand Island Regional Medical Center \_\_\_\_\_  
 Bryan Urgent Care Seward \_\_\_\_\_

تم الإفصاح عنها للجهة التالية:

اسم المستلم: \_\_\_\_\_ الفاكس: \_\_\_\_\_  
 العنوان: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
 عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_

الغرض من الطلب: \_\_\_\_\_ قانوني \_\_\_\_\_ التأمين \_\_\_\_\_ غرض شخصي \_\_\_\_\_ التوظيف \_\_\_\_\_ نقل الرعاية \_\_\_\_\_ \*قانون الإجازة العائلية والطبية (FMLA)  
 \*الإعاقة \_\_\_\_\_ غرض آخر \_\_\_\_\_  
 \*حدّد مواعيد الغياب عن العمل وسبب الغياب: \_\_\_\_\_

المعلومات التي يجب مشاركتها:

تواريخ الخدمة (حدّد التواريخ) من: \_\_\_\_\_ إلى: \_\_\_\_\_  
 ملخص تجريدي (يتضمن ملخص الخروج من المستشفى، والسجل الطبي والفحص الجسمي، وتقارير العمليات الجراحية، والاستشارات ونتائج الفحوصات)  
 سجل كامل \_\_\_\_\_ وسائط/فيلم التصوير الإشعاعي \_\_\_\_\_ تقارير التصوير الإشعاعي \_\_\_\_\_ سجل غرفة الطوارئ \_\_\_\_\_ تقارير المختبر/الأمراض  
 سجل التطعيمات \_\_\_\_\_ السجل المالي \_\_\_\_\_ ملخص الخروج من المستشفى \_\_\_\_\_ التقرير الجراحي/الإجراءات \_\_\_\_\_  
 السجل والفحص الجسمي \_\_\_\_\_ ملاحظات مكتوبة/كتابية \_\_\_\_\_ سجل العيادة المتخصصة \_\_\_\_\_ تقييم إدمان المواد الكيميائية \_\_\_\_\_  
 خدمات أخرى \_\_\_\_\_

أعلم أن المعلومات في سجلي الطبي قد تتضمن معلومات حول مرض منقول جنسيًا، وخدمات الصحة النفسية، وعلاج إدمان تعاطي الكحول، أو المخدرات.

يحمي قانون الولاية والقانون الفيدرالي المعلومات التالية. إذا كانت هذه المعلومات تنطبق عليك، فالمرجو توضيح ما إذا كنت تريد الكشف عن هذه المعلومات أو الحصول عليها (أدرج التواريخ عند الاقتضاء):

سجلات تعاطي الكحول، أو المخدرات، أو مواد الإدمان \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ التواريخ: \_\_\_\_\_  
 سجلات الصحة النفسية \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ التواريخ: \_\_\_\_\_

تنسيق الإفصاح \_\_\_\_\_ استلم نسختًا بصفة شخصية من المرفق \_\_\_\_\_ البريد \_\_\_\_\_ الفاكس \_\_\_\_\_ USB \_\_\_\_\_ بريد إلكتروني مُشفّر \_\_\_\_\_ MyChart \_\_\_\_\_  
 حدّد طريقة أخرى: \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني غير الآمن (أعلم أن المعلومات في هذا التنسيق تكون عرضة لخطر الوصول غير المتعمد من قبل جهة خارجية) ما لم يتم الإلغاء خلافًا لذلك، تنتهي صلاحية هذا التصريح في التاريخ/الحدث/الحالة التالية:

من خلال إكمال هذا التصريح، أوافق على أنني قد قرأت التعريفات الموضحة على الجانب الخلفي لهذا النموذج وفهمتها:

توقيع المريض أو الممثل القانوني \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_ الوقت \_\_\_\_\_

الاسم بحروف واضحة \_\_\_\_\_ العلاقة بالمريض (عند الاقتضاء) \_\_\_\_\_

توقيع الشاهد للمريض غير القادر على التوقيع \_\_\_\_\_

تاريخ التسجيل \_\_\_\_\_ تاريخ الإرسال \_\_\_\_\_  
 الفاكس \_\_\_\_\_ أرسل بالبريد \_\_\_\_\_ الاستلام \_\_\_\_\_ MR: \_\_\_\_\_

**Bryan Health**

تصريح المريض بالإفصاح عن المعلومات الصحية



ضع بطاقة تعريف المريض هنا

- يحق لي إلغاء هذا التصريح في أي وقت. يجب أن يتم الإلغاء كتابيًا وتقديمه أو إرساله عبر البريد إلى Release of Information Department (إدارة الكشف عن المعلومات) في المرفق حيث يتم تقديم الطلب. لن تنطبق عملية الإلغاء على المعلومات التي سبق وأن تم الكشف عنها استجابةً لهذا التصريح.  
**مكاتب Bryan Physician Network: Bryan Medical Center، Release of Information، أو Bryan Heart، أو Bryan Medical Center،** 1600 S. 48th St., Lincoln, Ne 68506
- **عيادات Crete Area Medical Center، أو Crete Medical Clinic، أو Friend Medical Clinic، أو Wilber Medical Clinic:** Crete Area أو Medical Center، Release of Information، 2910 Betten Drive, PO Box 220, Crete, NE 68333
- **عيادات Merrick Medical Center، أو Central City Medical Clinic، أو Fullerton Medical Clinic:** Merrick Medical Center أو Release of Information، 2802 28th St., PO Box 417, Central City, NE 68826
- **Grand Island Regional Medical Center:** Grand Island Regional Medical Center, Release of Information, 3533 Prairievew Street, Grand Island, NE 68803
- **Kearney Regional Medical Center or Platte Valley Medical Group:** Kearney Regional Medical Center, Release of Information, 804 22nd Ave., Kearney, NE 68845
- إذا أخفقت في تحديد حدث/حالة/تاريخ انتهاء الصلاحية، فإن هذا التصريح ينتهي بعد سنة واحدة من تاريخ التوقيع.
- قد لا يكون العلاج، أو السداد، أو التسجيل، أو الأهلية للحصول على المزايا مشروطًا بتوقيعي على هذا التصريح من عدمه.
- لقد تم الإفصاح عن هذه المعلومات لك من السجلات التي قد تكون خاضعة لحماية قواعد السرية للقانون الفيدرالي بموجب الجزء 2 من القسم 42 من قانون اللوائح الفيدرالية. تمنعك القواعد الفيدرالية من إجراء أي إفصاح إضافي للمعلومات ما لم يتم السماح صراحةً بإجراء مزيد من الإفصاح من خلال موافقة كتابية من الشخص ذي الصلة بها أو بخلاف ذلك على النحو الذي يسمح به الجزء 2 من القسم 42 من قانون اللوائح الفيدرالية. إن التصريح العام بالكشف عن المعلومات الطبية أو غيرها من المعلومات غير كافٍ لهذا الغرض. تُقيد القواعد الفيدرالية أي استخدام للمعلومات للتحقيق الجنائي أو مقاضاة أي مريض يتعاطى الكحول أو المخدرات.
- قد لا يكون العلاج، أو السداد، أو التسجيل، أو الأهلية للحصول على المزايا شرطًا لتوقيعي على هذا التصريح من عدمه.
- تخضع طلبات الحصول على نسخ من السجلات الطبية إلى رسوم استنساخ وفقًا للوائح الفيدرالية أو لوائح الولاية.