

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____
 العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
 عنوان البريد الإلكتروني: _____ الهاتف: _____
 أُطالب 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 Medical Center، أو Bryan Heart، أو Bryan Physician Network: Bryan Medical Center، Release of Information، 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، Release of Information، Medical Center، 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، 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.