



PATIENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

PATIENT NAME: _____

DOB: _____

MRN #: _____

OR MUST PLACE FIN LABEL HERE

1717-531-5068 : فاكس • 1717-531-8055 : Phone • Penn State Health, Health Information Management, Mail Code CA700, P.O. Box 850, Hershey, PA 17033-0850

1. معلومات المريض:

الاسم: _____
تاريخ الميلاد: _____ رقم السجل الطبي: _____
الهاتف: _____ (_____) عنوان البريد الإلكتروني الخاص بالمريض: _____

سبب الطلب - يُرجى إكمال حقل المرسل إليه أدناه في جميع الحالات:

- للاستخدام الشخصي للمريض، بما في ذلك الرعاية المستمرة
 لكي ترسل Penn State Health الصور أو المعلومات الطبية إلى كيان آخر
 لطلب إرسال الصور أو المعلومات الطبية الخاصة بهذا المريض من منشأة أخرى إلى Penn State Health
 لكي يتحدث أحد موظفي/وكلاء Penn State Health إلى شخص أو كيان مختلف، شخصياً أو عبر الهاتف أو عبر وسائل التواصل الأخرى
أصرح بموجب هذه الوثيقة لـ _____

(اسم الموظف المعتمد أو الوكيل أو وحدة العمل في Penn State Health)

- مناقشة معلومات الرعاية الصحية الخاصة بي (حدد الخيار أدناه) مع الشخص المصرح له، أو الوكالة أو المؤسسة المصرح لها،
أو أي جهة أخرى مذكورة في القسم الثاني.
 جميع المعلومات الطبية التي يعرفها الموظف/الوكيل عني.
 جميع المعلومات الطبية التي يعرفها الموظف/الوكيل والمتعلقة بالعلاج الذي أتلقاه في Penn State Health.
 غير ذلك (يُرجى التحديد): _____

غير ذلك:

يُرجى ملاحظة أنه قد تكون هناك تكاليف مرتبطة بطلبات الحصول على وثائق إضافية غير ما هو منصوص عليه في الملخصات 1-3 المقترحة

السبب المحدد للطلب: _____

يُرجى الاختيار من المربعات أدناه أي معلومات محددة ترغب في تضمينها في هذا التصريح بالإفصاح:

- الصحة السلوكية/العقلية معلومات تعاطي/علاج تعاطي المواد/الكحوليات فيروس نقص المناعة البشرية (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/الإيدز
 حالات العدوى المنقولة جنسياً (Sexually Transmitted Infection, STI)

أين تلتقيت الرعاية الصحية؟ يُرجى تحديد كل ما ينطبق.

Penn State Health

Pennsylvania Psychiatric Institute

St Joseph Medical Center

Hershey Medical Center

Lancaster Medical Center

Hampden Medical Center

Holy Spirit Medical Center

موقع العيادة

Life Lion, LLC

2. حقل المرسل إليه:

الإفصاح عن المعلومات إلى:

تلقي المعلومات من:

(اسم المريض، أو الشخص المصرح له، أو الوكالة أو المؤسسة المصرح لها، أو الجهات الأخرى)

(اسم المريض، أو الشخص المصرح له، أو الوكالة أو المؤسسة المصرح لها، أو الجهات الأخرى)

عنوان الشارع

عنوان الشارع

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

3. الصيغة التي ترغب في الإفصاح عن المعلومات الطبية أو تلقيها بها:

- بوابة المرضى الإلكترونية في Penn State Health) PSH Patient Portal (السجل الطبي في صورة ورقية السجل الطبي على قرص مدمج (Compact Disc, CD)
 غير ذلك صور الأشعة على قرص CD السجلات الطبية عبر بريد إلكتروني مؤمن أو عبر منصة OneDrive
 الصور الملتقطة بأجهزة Fotofinder على محرك USB مشفر

4. الصور أو المعلومات الطبية المطلوبة:

يُرجى توضيح نوع (أنواع) معلومات السجلات الطبية المطلوبة عن طريق وضع علامة أمام المربعات وإدراج تواريخ الخدمة الخاصة بها أدناه:

(أدرج تواريخ الخدمة هنا)





PATIENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

PATIENT NAME: _____

DOB: _____ MRN #: _____

OR MUST PLACE FIN LABEL HERE

الملخص 1: السجلات الطبية للمرضى الداخليين (تغطي مدة تصل إلى عامين):
تحتوي على تقارير الاستشارات، ونتائج الاختبارات التشخيصية، وملخصات قسم الطوارئ وملخصات الخروج من المستشفى، وتقارير التاريخ الطبي والفحوصات البدنية، وحالات الحساسية تجاه الأدوية، وقائمة الأدوية، وقائمة المشكلات، والإجراءات، وتقارير علم الأمراض، والتقارير المعملية

الملخص 2: السجلات الطبية للمرضى الخارجيين (تغطي مدة تصل إلى عامين):
تحتوي على تقارير الاستشارات، ونتائج الاختبارات التشخيصية، وقسم الطوارئ، وتقارير التاريخ الطبي والفحوصات البدنية، وحالات الحساسية تجاه الأدوية، وقائمة الأدوية، وقائمة المشكلات، والإجراءات، وتقارير علم الأمراض، وخطاب العيادات الخارجية، وملاحظات العيادات الخارجية، والتقارير المعملية.

الملخص 3: نتيجة (نتائج) الاختبارات التشخيصية فقط (تغطي مدة تصل إلى عامين):
على سبيل المثال: الأشعة، تخطيط كهربية الدماغ (Electroencephalography, EEG)، وتخطيط كهربية القلب (Electrocardiogram, EKG)، واختبارات القلب، وعلم الأمراض، واختبارات الرئة
(حدد نوع الاختبار والتاريخ)

غير ذلك:

- تقارير ملخص (ملخصات) الخروج
 تقارير التاريخ الطبي والفحوصات البدنية
 النتائج المعملية
 الرقم التسلسلي/رقم تعريف المنتج الخاص بالأجهزة المزروعة
 الصور الملتقطة بأجهزة Fotofinder
 غير ذلك (يرجى تحديد الوثيقة وتاريخ تلقي الخدمات)
- تقارير خطابات/ملاحظات المرضى الخارجيين
 تقارير ملاحظات التقدم اليومي
 تقارير العمليات، تقارير الإجراءات
 صورة (صور) الأشعة - حدد النوع والتاريخ

سجلات الصحة السلوكية/العقلية تغطي مدة تصل إلى عامين: التقييم النفسي ملخص الخروج غير ذلك:

يرجى التواصل مع HIM إذا كانت لديك أي أسئلة أو استفسارات على الرقم 717-531-8055

5. توقيع المريض أو ممثله:

هذه الموافقة قابلة للإبطال في أي وقت فيما عدا الحالات التي يكون فيها الشخص الذي سيقوم بالإفصاح قد اتخذ بالفعل إجراء ما بناءً على هذه الموافقة. إذا كنت ترغب في إبطال هذا التصريح، فيجب عليك القيام بذلك كتابيًا على العنوان الموجود في أول هذا النموذج، وإرساله لعناية Director, Health Information Management. وإذا لم يتم إبطال هذه الموافقة مسبقًا، فسوف تنتهي بعد عام واحد من تاريخ التوقيع. ولن يؤثر عدم توقيع هذا النموذج على حقه في تلقي الرعاية في Penn State Health. حيث إن تلقي العلاج لدينا أو سدادك للتكاليف غير مشروطين بتوقيعك على هذا النموذج.

أعني أنا بموجب هذه الوثيقة مزود السجلات المذكورة من أي مسؤولية قانونية أو التزام قانوني فيما يتعلق بالإفصاح عن السجلات المشار إليها هنا.

التاريخ/الوقت

توقيع المريض أو ممثله

الصلة بالمريض في حال توقيع شخص آخر نيابة عنه

حصلنا على موافقة شفوية للإفصاح عن المعلومات للمريض أو أي كيان آخر مشمول بالتغطية.

لا ينطبق على المعلومات المتعلقة بفيروس HIV أو معلومات علاج المخدرات والكحول.
أشهد أن المريض/ولي الأمر/الوصي القانوني فهم طبيعة هذا الإفصاح وأعطى إذنه الشفهي بكامل حريته (يلزم وجود شاهدين)

التاريخ/الوقت

الشاهد الثاني

التاريخ/الوقت

الشاهد الأول

التاريخ/الوقت

المفصّل عن المعلومات

لن يُقبل هذا التصريح ما لم يتم إكمال جميع العناصر.

تصرح هذه الوثيقة بالإفصاح عن المعلومات التي دخلت سجلي الطبي قبل 12 شهرًا من تاريخ توقيعي أو خلال هذه المدة

يرجى إعادة هذا النموذج على الفور إلى قسم إدارة المعلومات الصحية (HEALTH INFORMATION MANAGEMENT) الذي يمكن التواصل معه

على الرقم 717-531-5068

ملحوظة إلى متلقي المعلومات: لقد أفصح لك عن هذه المعلومات من سجلات محمية بموجب قانون ولاية بنسلفانيا. ويحظر عليك قانون ولاية بنسلفانيا القيام بأي عمليات إفصاح أخرى عن هذه المعلومات دون إذن صريح بذلك عن طريق الحصول على موافقة كتابية من الشخص الذي تخصه هذه المعلومات.