

For Internal Use Only:

Signature of Mosaic Health Staff receiving completed form

Patient Account Number: _____ Date: _____



mosaic health
Better happens together.

A

تفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية

1 اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____

العنوان: _____ رقم الهاتف: _____

أفوض Mosaic Health بالإفصاح عن سجلات المريض أعلاه من أجل:

2 الاسم _____ العنوان _____

المدينة/الولاية/الرمز البريدي _____ رقم الهاتف _____ رقم الفاكس _____

اختر السجلات المطلوب الحصول عليها، تحقق مما يلي:

3 السجل الطبي كاملاً السجل الطبي الخاص بالاسنان بالكامل الأشعة السينية الطبية الأشعة
 السنينية الطبية الخاصة بالاسنان قائمة الأدوية/سجل التحصين (اللقاحات) ملاحظات التقدم

أخرى: _____

لتواريخ العلاج التالية:

(أمثلة: تاريخ محدد - 2020/13/1 ؛ نطاق التواريخ - يناير - يوليو 2019)

* إذا كانت السجلات تتضمن سجلات إنجابية لقاصر ، فإن هذا التفويض يتطلب توقيع القاصر.

مطلوب تفويض خاص للإفصاح عن الوثائق التالية

4 (ضع حروف اسمك الأولى للتأشير على الخيار أدناه ، إذا لم يتم وضع حروف اسمك على الخيار فإنه لن يتم الإفصاح عن المعلومات)
___ معالجة الكحول / المخدرات ___ المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز ___ علاج الصحة العقلية

* من خلال التفويض تحديداً بالإفصاح عن معلومات تتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، و / أو العلاج بالكحول أو المخدرات، و / أو معلومات علاج الصحة العقلية، يُحظر على المتلقي إعادة الإفصاح عن هذه المعلومات دون إذن مني ما لم يُسمح بذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.

5 **التنسيق المطلوب** الفاكس البريد الأمريكي شخصياً (هوية تعريف شخصية مطلوبة) البريد الإلكتروني _____

يتم الإفصاح عن المعلومات للأسباب التالية:

6 نقل الرعاية المدرسة / التوظيف الإعاقة أسباب قانونية الإحالة / تنسيق الرعاية

أفهم أن الإذن بالإفصاح عن هذه المعلومات الصحية أمراً طوعاً. يمكنني رفض التوقيع على هذا التفويض. لست بحاجة إلى التوقيع على هذا النموذج من أجل ضمان العلاج. أفهم أن أي إنشاء عن المعلومات يحمل في طياته إمكانية إعادة الإفصاح غير المصرح به وقد لا تكون المعلومات محمية بقواعد السرية الفيدرالية. إذا كانت لدي أسئلة حول الإفصاح عن معلوماتي الصحية، فيمكنني الاتصال بالفرد أو المنظمة المصرح لها بالإفصاح. أدرك أن لدي الحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت. أفهم أنه إذا غيبت هذا التفويض، يجب أن أفعل ذلك كتابةً وأن أقدم إلغاء كتابي إلى قسم السجلات الطبية في Mosaic Health. أفهم أن الإلغاء لن ينطبق على المعلومات التي قد تم الإفصاح عنها استجابة لهذا التفويض. أفهم أن الإلغاء لن ينطبق على شركة التأمين الخاصة بي عندما يمنح القانون شركة التأمين الخاصة بي الحق في الطعن في مطالبة بموجب البوليصة الخاصة بي.

تنتهي صلاحية هذا التفويض في: _____ (أدخل التاريخ هنا) ، أو خلال عام واحد (1) من تاريخ التفويض ، أيهما أقل.

تاريخ التوقيع

توقيع المريض / ولي الأمر / الممثل القانوني

العلاقة بالمريض

الاسم المطبوع للتوقيع أعلاه

Mount Morris
1 Murray Hill Drive
Building 1, Room 140
Mt. Morris, NY 14510
P: 585-243-7840
F: 585-554-3342

Rushville
2 Ruben Drive
Rushville, NY 14544
P: 585-554-4400
F: 585-554-3342

Utica-Medical
1651 Oneida Street
Utica, NY 13501
P: 315-793-7600
F: 315-792-0079

Utica-Dental
3 Parkside Court
Building 1
Utica, NY 13501
P: 315-293-7600
F: 315-792-0079

Lyons
1519 Nye Road
Lyons, NY 14489
P: 315-871-3178
F: 585-554-3342

Ilion
55 Central Plaza,
Suite B
Ilion, NY 13357
P: 315-444-1900
F: 315-792-0079