

الكشف عن معلومات طبية سرية

إلى / من (يرجى وضع دائرة للتحديد)

إلى / من (يرجى وضع دائرة للتحديد)

الاسم _____	UNIVERSITY OF OREGON HEALTH CENTER (المركز الصحي بجامعة أوريغون) UNIVERSITY OF OREGON 1232 EUGENE, OREGON 97403 هاتف: (541) 346-2770 فاكس: (541) 346-2747
العنوان _____	
المدينة/الولاية/الرمز البريدي _____	
فاكس: _____	
بريد إلكتروني: _____	

الهدف من الكشف عن هذه السجلات: (يرجى وضع علامة تحديد قبل جميع الخيارات المنطبقة)

مساعدة الطالب _____

مواصلة الرعاية الطبية _____
أغراض أخرى (يرجى التوضيح) _____

هل السجلات المطلوبة لتحديد موعد؟ نعم لا التاريخ: _____

السجلات المطلوب الكشف عنها:

ملاحظات المخططات الطبية _____
التطعيمات _____
الصيدلية _____
العلاجات البدنية/الرياضية _____
تقارير أشعة X _____
صور أشعة الأسنان _____
صور أشعة _____
المختبر _____

**** مطلوب تفويض خاص: يجب وضع علامة تحديد قبل الخيار المحدد (إذا كنت تود الكشف عن هذه السجلات)****

علاج إدمان الكحوليات واعتياد تعاطي الكيماويات _____
ملاحظات اختبار وتقديم علاج مرض نقص المناعة المكتسبة/الأيدز _____
الاختبارات الجينية _____
سجلات الصحة النفسية _____

ملاحظة: لن يتم الكشف إلا عن سجلات العاميين الأخيرين، ما لم يُطلب خلاف ذلك هنا.

_____ (أكثر من 50 صفحة أو الطلبات العديدة للسجلات قد تتطلب رسوماً للمعاملة بقيمة 18 دولار)

طريقة الكشف عن السجلات: (فيما عدا الكشف الشفهي، قد يؤدي اختيار أكثر من طريقة إلى دفع رسوم إضافية)

نسخة بالبريد _____ (**خيار البريد متاح للطلاب الحاليين فقط) استلام باليد _____ بالفاكس _____ البريد الإلكتروني
كشف شفهي _____ (عند اختيار الكشف الشفهي فلا يعني ذلك تحديد خيارات متعددة)

بيان إعادة الكشف: بمجرد الكشف عن المعلومات بموجب هذا التفويض، قد يتم إعادة الكشف عنها بواسطة من استلمها، ودون معرفة أو موافقة المركز الصحي بالجامعة، أو بواسطة المريض. قد لا تكون إعادة الكشف خاضعة لحماية اللوائح الفيدرالية أو لوائح الخصوصية بالولاية. يحق للمريض إلغاء هذا التفويض في أي وقت، عدا بعد أن يقوم المركز الصحي بالجامعة باتخاذ إجراء ما بالاعتماد على هذا التفويض، أو إذا تم منح التفويض بغرض الحصول على التأمين. لإلغاء هذا التفويض، يجب تقديم إقرار كتابي موقع بإلغاء التفويض، وإرساله بالبريد أو الفاكس لقسم السجلات الطبية بالمركز الصحي بالجامعة.

يُرجى الانتظار لمدة 10 أيام عمل للنظر في طلبك

(قد يتم تقدير رسوم رمزية للطلبات المتكررة لنفس مجموعة السجلات، أو السجلات التي تتخطى 50 صفحة).

بموجب التوقيع أدناه، أقر أنني أصرح وأوافق على الكشف عن سجلاتي الطبية.

ما لم يتم إلغاء هذا التفويض بشكل كتابي، فإنه سيظل ساري المفعول لمدة 365 يوماً من تاريخ التوقيع عليه.

الاسم: _____ رقم الهوية بجامعة أوريغون: _____ تاريخ الميلاد: _____

(المريض أو ممثل شخصي عنه)

هاتف: _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____

UNIVERSITY HEALTH CENTER (المركز الصحي بالجامعة)

1232 University of Oregon, Eugene, OR 97403-1232

هاتف: 541-346-2770 • الفاكس: 541-346-2747 • البريد الإلكتروني: uhcmedicalrecords@uoregon.edu