

Arabic

معلومات العميل

اسم العائلة:	الاسم الأول:	الاسم الأوسط:
رقم الحالة:	رقم التأمين الاجتماعي:	تاريخ الميلاد:

كيف يمكننا الوصول إليك؟

رقم الهاتف:	العنوان:	المدينة/الدولة:	الرمز البريدي:
إذا لم تكن أنت العميل:			اكتب اسمك:
بين علاقتك بالعميل:			

من يمكنه مشاركة المعلومات:

اسم الشخص أو الكيان:	رقم الهاتف:
العنوان:	الرمز البريدي:
المدينة/الدولة:	
الغرض من الطلب:	

من يمكنه تلقي المعلومات

اسم الشخص أو الكيان:	رقم الهاتف:
العنوان:	الرمز البريدي:
المدينة/الدولة:	

ما المعلومات التي يمكن مشاركتها

سجلات الفواتير	<input type="checkbox"/>	سجلات الفواتير	<input type="checkbox"/>
السجل المكتمل	<input type="checkbox"/>	نتائج المختبر	<input type="checkbox"/>
معلومات التشخيص	<input type="checkbox"/>	معلومات الدواء	<input type="checkbox"/>
سجلات الإعفاء	<input type="checkbox"/>	سجلات الصحة العقلية	<input type="checkbox"/>
معلومات علاج إدمان الكحول/المخدرات	<input type="checkbox"/>	الصور/الفيديوهات	<input type="checkbox"/>
نتائج اختبار الدم لكشف فيروس نقص المناعة	<input type="checkbox"/>	معلومات العلاج/الخدمة	<input type="checkbox"/>
البشرية (HIV)/الإيدز (AIDS) وأي/كل المراجع لها	<input type="checkbox"/>	أخرى:	<input type="checkbox"/>

Arabic p2

ماذا يعني تصريحك

المعلومات الحساسة: قد تشمل السجلات على معلومات تتعلق بالأمراض التي تنتقل جنسياً، أو متلازمة نقص المناعة المكتسب (AIDS)، أو فيروس نقص المناعة البشرية (HIV). كما قد تشمل معلومات بخصوص خدمات الصحة السلوكية أو العقلية أو علاج إدمان الكحول أو المخدرات.

الحق في الإلغاء: يحق لك إلغاء هذا التصريح في أي وقت. وإذا أردت إلغاء التصريح، يتعين عليك إلغائه كتابياً. ولن يسري هذا الإلغاء على المعلومات التي تم كشفها بالفعل.

فترة الكشف عن المعلومات: يمكنك تحديد تاريخ البدء و/أو تاريخ الانتهاء (أو الحدث) لمدة سريان التصريح. وهذا يعني أن السجلات لن تتم مشاركتها إلا بين التواريخ التي تحددها.

سيبدأ هذا التصريح في تاريخ البدء التالي: _____

• إذا لم يتم تحديد تاريخ بدء، فسوف يبدأ سريان هذا التصريح في تاريخ توقيعه.

سيينتهي هذا التصريح في تاريخ الانتهاء أو الحدث التالي: _____

• إذا لم يتم تحديد تاريخ انتهاء أو حدث، فسيينتهي هذا التصريح بعد عام واحد (1) من تاريخ توقيعه.

إعادة الكشف عن المعلومات: إذا صرّحت بكشف المعلومات الصحية المحمية لشخص معين غير مطالب من الناحية القانونية بالحفاظ على سريتها، فقد يُكشف عنها مرة أخرى ولن تعد محمية.

الحقوق الأخرى:

1. التصريح بالكشف عن هذه المعلومات أمر طوعي. ويمكنك رفض التوقيع على هذا التصريح. ولا يتعين عليك التوقيع على هذا النموذج لتلقي العلاج. ولكن، إذا كانت هناك حاجة إلى هذا التصريح للمشاركة في دراسة بحثية، فقد يُرفض التسجيل في الدراسة البحثية.

2. يمكنك مراجعة المعلومات المطلوب استخدامها أو الكشف عنها أو الحصول على نسخة منها، وذلك وفقاً لما هو منصوص عليه في الكود 45 من قسم اللوائح الفيدرالية 164-524.

3. يحق لك الحصول على نسخة من هذا التصريح. هل ترغب في الحصول على نسخة من هذا التصريح؟ نعم لا

4. لمزيد من المعلومات حول حقوقك المتعلقة بالخصوصية، راجع إشعار ممارسات الخصوصية في موقعنا على شبكة الويب: www.cosdcompliance.org أو اتصل بمسؤول الخصوصية على الرقم 619-338-2808 أو على العنوان (PO Box 865524, San Diego, CA 92186-5524).

التوقيع

التوقيع:

التاريخ: