



كارين تريبل، طبيب نفسي، أخصائي اجتماعي سريري مرخص
المدير

تفويض بالإفراج عن المعلومات السرية
(يرجى تعبئة كلا جانبي هذا النموذج)

اسم العائلة للمستهلك:	الاسم الأول:	الاسم الأوسط:	تاريخ الميلاد:
--------------------------	-----------------	---------------	-------------------

عنوان الشارع:	المدينة:	الرمز البريدي:	هاتف خلال النهار:
---------------	----------	----------------	----------------------

رقم الضمان الاجتماعي: * (مطلوب)

أنا، أطلب الإفصاح عن معلوماتي الصحية المحمية (PHI) من:

اسم مقدم الرعاية الصحية	هاتف:
-------------------------	-------

عنوان الشارع:	المدينة\الولاية:	الرمز البريدي:	رقم الفاكس (إذا كان معروفًا):
---------------	------------------	-------------------	----------------------------------

يتم الإفصاح إلى: مكتب ضمان الجودة – إدارة الصحة السلوكية لمقاطعة

الأميدا (ACBHD – QA Office)

مساعدة المستهلك

2000 خليج إمبركادير، الجناح 400

أوكلاند، كاليفورنيا 94606

أفوض بالإفراج عن معلوماتي الصحية المحمية (PHI) التالية من سجلاتي الطبية:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> سجلات غرفة الطوارئ | <input type="checkbox"/> شرائح/تقارير علم الأمراض |
| <input type="checkbox"/> تقارير المختبر | <input type="checkbox"/> سجلات الفوترة المفصلة |
| <input type="checkbox"/> تقارير الأشعة | <input type="checkbox"/> ملخص الخروج من المستشفى |
| <input type="checkbox"/> سجل التطعيمات | <input type="checkbox"/> التاريخ الطبي والفحوصات |
| <input type="checkbox"/> السجل الطبي الكامل | <input type="checkbox"/> الاستشارية |
| <input type="checkbox"/> (جميع الصفحات) | <input type="checkbox"/> تقارير العمليات الجراحية |
| <input type="checkbox"/> أخرى: | |

تحمي القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعلومات التالية. إذا كانت هذه المعلومات تنطبق عليك، يُرجى الإشارة إلى ما إذا كنت ترغب في الإفراج/الحصول على هذه المعلومات (اذكر التواريخ إذا أمكن):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> سجلات الصحة النفسية | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> سجلات العلاج النفسي | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> اختبار فيروس نقص المناعة البشري ونتائجه | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> سجل تعاطي الكحوليات أو المخدرات أو المواد المخدرة | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> السجلات الوراثية | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |

Release of Information QA Version (MH and SUD)
v. 07.17.25-Arabic_LP.docx

2000 Embarcadero Cove, Oakland, CA 94606, Suite 400 |
Health.AlamedaCountyCA.gov/ACBHD |
1-510-567-8100 (TTY: 1-510-533-5018)

يغطي فترة الرعاية الصحية من: تاريخ/تواريخ محددة _____ إلى _____
أو _____
□ جميع الزيارات/المقابلات السابقة، الحالية، والمستقبلية

الغرض من طلب المعلومات: حل تظلمي أو طلبي للاستئناف

يخضع هذا التفويض للإلغاء من قبل الموقع في أي وقت، باستثناء ما تم اتخاذه من إجراءات استناداً إليه، وإذا لم يتم إلغاؤه مسبقاً، فسينتهي بعد ستة (6) أشهر من تاريخ الموافقة. يجوز للموقع إلغاء هذا التفويض كتابياً أو عن طريق إبلاغ قسم مساعدة المستهلكين شفهيًا.

توقيع العميل أو الممثل المفوض	التاريخ
الاسم الكامل (بحروف مطبوعة)	العلاقة بالمريض (إذا كان ذلك مناسباً)

يُحظر أي إفشاء لمعلومات السجلات الطبية من قبل المستلم/المستلمين إلا إذا كان ضمنياً في الغرض من الإفشاء. الحظر المفروض على إعادة إفشاء معلومات اضطرابات استخدام المواد المحمية (SUD): تنص المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR 42 الجزء 2) على حظر الإفشاء غير المصرح به لهذه السجلات.

Release of Information QA Version (MH and SUD)
v. 07.17.25-Arabic_LP.docx

2000 Embarcadero Cove, Oakland, CA 94606, Suite 400 |
Health.AlamedaCountyCA.gov/ACBHD |
1-510-567-8100 (TTY: 1-510-533-5018)