



كارين تريل، طبيب نفسي، أخصائي اجتماعي سريري مرخص  
المدير

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

اسم العائلة للمسن:  
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 معروفاً):

يتم الإفصاح إلى: مكتب ضمان الجودة – إدارة الصحة السلوكية لمقاطعة  
اللاميدا (ACBHD – QA Office)  
مساعدة المستهلك  
400 خليج إمباركاديلرو، الجناح  
أوكلاند، كاليفورنيا 94606

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

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

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

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

Release of Information QA Version (MH and SUD)  
v. 07.17.25-Arabic\_LP.docx

يغطي فترة الرعاية الصحية من: تاريخ/تواريХ محددة  
إلى \_\_\_\_\_ أو

جميع الزيارات/المقابلات السابقة، الحالية، والمستقبلية

**الغرض من طلب المعلومات: حل تظلمي أو طبلي 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 شفهياً.

---

التاريخ

توقيع العميل أو الممثل المفوض

---

العلاقة بالمريض  
(إذا كان ذلك مناسباً)

الاسم الكامل (بحروف مطبوعة)

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