

معلومات العميل		
اسم العائلة:	الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:
رقم الحالة:	رقم الضمان الاجتماعي:	تاريخ الميلاد:

كيف نتواصل معك؟			
رقم الهاتف:	العنوان:	المدينة/الولاية:	الرمز البريدي:
إذا لم تكن العميل:			
اكتب اسمك بأحرف كبيرة:		وضح علاقتك بالعميل:	

من يمكنه مشاركة المعلومات:		
اسم الشخص أو الكيان:	رقم الهاتف:	
العنوان:	المدينة/الولاية:	الرمز البريدي:
الغرض من الطلب:		

من يمكنه تلقي المعلومات		
اسم الشخص أو الكيان:	رقم الهاتف:	
العنوان:	المدينة/الولاية:	الرمز البريدي:

المعلومات التي يمكن مشاركتها	
☐ سجلات الفواتير	☐ سجلات التطعيم
☐ السجل الكامل	☐ نتائج المختبر
☐ معلومات التشخيص	☐ معلومات العقار
☐ سجلات الخروج من المستشفى	☐ سجلات الصحة العقلية
☐ معلومات العلاج من المخدرات/الكحول	☐ الصور/ مقاطع الفيديو
☐ نتائج فحص الدم لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز	☐ معلومات العلاج/الخدمة معلومات
☐ وأي/جميع الإشارات إليها	☐ أخرى: _____

معنى إذنك	
معلومات حساسة: قد تتضمن السجلات معلومات تتعلق بالأمراض المنقولة جنسياً أو متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) أو فيروس نقص المناعة البشرية (HIV). قد تتضمن أيضاً معلومات حول خدمات الصحة السلوكية أو العقلية أو علاج تعاطي الكحول والمخدرات.	
الحق في الإلغاء: لديك الحق في إلغاء هذا الإذن في أي وقت. إذا ألغيت هذا الإذن، يجب عليك القيام بذلك كتابياً. لن ينطبق إلغاؤك على المعلومات التي صدرت بالفعل.	
فترة الإفصاح: يمكنك تحديد تاريخ بدء و/أو تاريخ انتهاء (أو حدث) ليكون الإذن ساري المفعول. هذا يعني أنه لن تتم مشاركة السجلات إلا بين التواريخ التي تحددها. سيبدأ هذا الإذن في تاريخ البدء التالي: _____ • إذا لم يتم تحديد تاريخ البدء، سيكون هذا الإذن ساري المفعول في تاريخ التوقيع. • ستنتهي صلاحية هذا الإذن في تاريخ الانتهاء أو الحدث التالي: _____ • إذا لم يتم تحديد تاريخ انتهاء أو حدث، ستنتهي صلاحية هذا الإذن بعد سنة تقويمية واحدة (1) من تاريخ التوقيع.	
إعادة الإفصاح: إذا أذنت بالإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية لشخص غير ملزم قانوناً بالحفاظ على سريتها، فقد تتم إعادة الإفصاح عنها ولن تكون محمية بعد ذلك.	
حقوق أخرى: 1. الإذن بالإفصاح عن هذه المعلومات اختياري. يمكنك رفض التوقيع على هذا الإذن. لا تحتاج إلى التوقيع على هذا النموذج لتلقي العلاج. ولكن، إذا كان هذا الإذن مطلوباً للمشاركة في دراسة بحثية، فقد يتم رفض التسجيل في الدراسة البحثية. 2. يمكنك الحصول على نسخة من المعلومات أو فحصها لاستخدامها أو الإفصاح عنها، كما هو منصوص عليه في 45 قانون اللوائح الفيدرالية القسم 164.524. 3. لديك الحق في الحصول على نسخة من هذا الإذن. هل ترغب في الحصول على نسخة من هذا الإذن؟ ☐ نعم ☐ لا 4. لمزيد من المعلومات حول حقوق الخصوصية الخاصة بك، راجع إشعار ممارسات الخصوصية على موقعنا: www.cosdcompliance.org أو تواصل مع مسؤول الخصوصية على 619-338-2808 أو على PO Box 865524, San Diego, CA 92186-5524.	

التوقيع	
التوقيع:	التاريخ: