

**AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION TO / FROM MAIMONIDES MEDICAL CENTER AND / OR MAIMONIDES FACULTY PRACTICE**

**تفويض بالإفصاح عن معلومات صحية محمية إلى / من مركز مaimonides الطبي و / أو مaimonides فاكلتي براكتس**

نُدرِك أن المعلومات الخاصة بك وصحتك أمر شخصي ونحن ملتزمون بحماية خصوصية تلك المعلومات. وبسبب هذا الاهتمام، فإنه يجب علينا أن نحصل على تفويض منك قبل أن نتمكن من استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الإفصاح عنها من السجل الطبي المودع لدى المركز الطبي للأغراض المذكورة أدناه. يُقدّم هذا النموذج ذلك التفويض ويساعدنا على التأكد من إعلامك كما ينبغي بكيفية استخدام هذه المعلومات أو الإفصاح عنها. فيرجى قراءة المعلومات الواردة أدناه بعناية قبل التوقيع على هذا النموذج.

**USE AND DISCLOSURE COVERED BY THIS AUTHORIZATION**

**الاستخدام والإفصاح المشمولان في هذا التفويض**

<b>I hereby authorize (check one):</b> أفوض (حدّد خيارًا واحدًا):		<input type="checkbox"/> <b>Maimonides Medical Center (or any of its employees, staff or agents)</b> مركز مaimonides الطبي (أو أي من موظفيه أو طاقم العمل به أو وكلائه)
to release protected health information from the medical record(s) of: _____ بالإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية من السجل الطبي (السجلات الطبية) لدى:		
<b>ADDRESS:</b> _____ العنوان:	<b>PHONE NO:</b> _____ رقم الهاتف:	
<b>To the individual or organization listed below (check one):</b> إلى الفرد أو الجهة المذكورة أدناه (حدّد خيارًا واحدًا):	<input type="checkbox"/> <b>Maimonides Medical Center</b> 4802 Tenth Ave, Brooklyn, NY 11229 ATT: _____ 718-283-6000	
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <b>Maimonides Cancer Center</b> 6300 Eighth Avenue, Brooklyn, NY 11220 ATT: _____ 718 765-2500	

**For the purpose of (check one):**

من أجل (حدّد خيارًا واحدًا):

<input type="checkbox"/> <b>CONTINUING MEDICAL TREATMENT</b> مواصلة العلاج الطبي	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>PERSONAL REASONS (i.e. "at the request of the individual")</b> الأسباب الشخصية (مثال "بناءً على طلب الفرد")	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>LITIGATION / ATTORNEY REVIEW</b> إقامة الدعاوى / مراجعة المحامين	<input type="checkbox"/>
<b>OTHER (Specify)</b> غير ذلك (حدّد)	<input type="checkbox"/>
<b>INSURANCE: Insurance Company Name:</b> _____ <b>Claim File #:</b> _____ التأمين: اسم شركة التأمين: _____ رقم ملف المطالبة: _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>I request the release of (check one):</b> أطلب الإفصاح عن (حدّد خيارًا واحدًا):	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Entire record</b> السجل الكامل	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>The following portions of the record (specify documents and / or dates of treatment):</b> الأجزاء التالية من السجل (حدّد المستندات و/أو تواريخ العلاج):	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Request for an electronic copy of health information.</b> طلب نسخة إلكترونية من المعلومات الصحية.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Request for an electronic copy of discharge instructions.</b> طلب نسخة إلكترونية من تعليمات الخروج من المستشفى.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Entire record only for the Dates of Treatment as follows:</b> _____ سجل كامل فقط لتواريخ العلاج على النحو التالي:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Emergency Room Record / Date(s):</b> تاريخ (تواريخ) / سجل غرفة الطوارئ:	<input type="checkbox"/> <b>Discharge Summary/Date(s):</b> ملخص / تاريخ (تواريخ) الخروج من المستشفى:
<input type="checkbox"/> <b>Outpatient Record(s) / Date(s):</b> سجل (سجلات) / تاريخ (تواريخ) العيادات الخارجية:	<input type="checkbox"/> <b>Pathology Reports/Date(s):</b> تاريخ (تواريخ) / تقارير الاختبارات الطبية:
<input type="checkbox"/> <b>Operative Report(s) / Date(s):</b> تاريخ (تواريخ) / تقرير (تقارير) العمليات الجراحية:	<input type="checkbox"/> <b>EKG/Date(s):</b> تاريخ (تواريخ) / مخطط النبضات الكهربائية (EKG):
<input type="checkbox"/> <b>Laboratory Reports / Date(s):</b> تاريخ (تواريخ) / تقارير المختبر:	<input type="checkbox"/> <b>Cardiac Cath Report/Date(s):</b> تاريخ (تواريخ) / تقرير القسطرة القلبية:
<input type="checkbox"/> <b>Radiology Reports / Date(s):</b> تاريخ (تواريخ) / تقارير الأشعة:	<input type="checkbox"/> <b>Echocardiogram / Date(s):</b> تاريخ (تواريخ) / تخطيط صدى القلب:

- The following HIV-related information, (which is any information indicating that you have had an HIV-related test, or have HIV infection, HIV-related illness or AIDS, or any information which could indicate that you have been potentially exposed to HIV.

المعلومات التالية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة HIV (والتي تشمل أي معلومات تشير لخضوعك لإجراء فحص يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة أو إصابتك بعدواه أو أي مرض يتعلق بهذا الفيروس أو الإيدز أو أي معلومات تشير إلى احتمال تعرضك للإصابة بالفيروس.

Billing Records (specify):

سجلات الفواتير (حدد):

Other (specify):

غير ذلك [حدد]:

This authorization will expire six (6) months from the date hereof, unless there is a date or event described below

تنتهي صلاحية هذا التفويض بعد ستة (6) أشهر من تاريخه، ما لم يكن هناك تاريخ أو حدث مذكور أدناه

تفاهات محددة

بموجب التوقيع على نموذج التفويض هذا، فإنك تفوض استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الإفصاح عنها على النحو المذكور أعلاه.

أنت تُدرك أنه بمجرد الإفصاح عن المعلومات بموجب هذا التفويض، فإن المعلومات قد تخضع لإعادة الإفصاح عنها بواسطة المستلم وقد لا تكون محمية بموجب لوائح الخصوصية الفيدرالية (إذا لم يكن المستلم ملزمًا بحماية خصوصية المعلومات بموجب القانون).

أنت تُدرك أن نوعية المعلومات التي يتم الإفصاح عنها، إن توفرت، قد يشتمل على: التشخيص والإنذار وعلاج الإيذاء وعلاج الأمراض البدنية و/أو النفسية وعلاج تعاطي المواد الكحولية وعلاج الحالات المرتبطة بالجنس وجميع المعلومات التي تُعتبر جزءًا من ملف السجلات الطبية بما في ذلك المعلومات الوراثية، إن وجدت. قد يلزم تقديم نماذج إفصاح إضافية إذا كان سجل المريض يتضمن أنواع معينة من المعلومات المحمية بشكل خاص.

إذا كنت تفوض الإفصاح عن المعلومات ذات الصلة بفيروس نقص المناعة البشرية، فينبغي أن تعلم أن المستلم ممنوع من كشف أي معلومات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية بدون الحصول على تفويض منك إلا إذا سمح له بالقيام بذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية. كما يحق لك طلب قائمة بالأشخاص الذين قد يتلقون أو يستخدمون معلوماتك ذات الصلة بفيروس نقص المناعة البشرية دون تفويض منك. وأما إذا كنت تعاني من تمييز بسبب إصدار المعلومات ذات الصلة بفيروس نقص المناعة البشرية أو الكشف عنها، يمكنك الاتصال بقسم حقوق الإنسان في ولاية نيويورك على رقم (212) 8624-870 أو لجنة حقوق الإنسان في مدينة نيويورك على رقم (212) 5493-566. فهذه الوكالات مسؤولة عن حماية حقوقك.

يحق لك رفض التوقيع على هذا التفويض ولن تتأثر رعايتك الصحية ودفع مقابل الرعاية الصحية ومزايا الرعاية الصحية إذا لم توقع على هذا النموذج؛ بشرط أنه في حال قيام مایمونیدز بتقديم رعاية صحية فقط من أجل إنشاء المعلومات الصحية المحمية التي يتم الإفصاح عن اللغير، فإنها قد تحتاج منك إلى توقيع نموذج التفويض هذا قبل تقديم الرعاية الصحية.

يحق لك رؤية وطلب نسخة من المعلومات الواردة في نموذج التفويض هذا وفقًا لسياسات المستشفى. كما يحق لك أيضًا الحصول على نسخة من هذا النموذج بعد أن توقعه.

إذا وقعت هذا التفويض، يحق لك إلغاءه في أي وقت، إلا فيما يخص الإجراءات التي اتخذها المستشفى بموجب هذا التفويض. لإلغاء هذا التفويض، يُرجى مراسلة مدير خدمات المعلومات الصحية بمركز مایمونیدز الطبي على العنوان 11219 4802 Tenth Avenue, Brooklyn, New York.

لقد قرأت هذا النموذج وتمت الإجابة على جميع أسئلتي المتعلقة بالنموذج. بموجب توقيعي أدناه، أقر بأنني قد قرأت جميع ما ورد أعلاه وأوافق عليه.

Signature of Patient or Personal Representative

توقيع المريض أو الممثل الشخصي

Print Name of Patient or Personal Representative

اسم المريض أو الممثل الشخصي

Date التاريخ	Description of Personal Representative's Authority: وصف سلطة الممثل الشخصي:
-----------------	--

#### CONTACT INFORMATION

#### بيانات الاتصال

The contact information of the patient or personal representative who signed this form should be filled in below.

يجب تعبئة معلومات الاتصال الخاصة بالمريض أو ممثله الشخصي الذي يُوقع هذا النموذج في الجزء التالي.

Address: \_\_\_\_\_

العنوان:

Telephone: (daytime) \_\_\_\_\_ (evening) \_\_\_\_\_

هاتف: (النهار)

(المساء)

Email address (optional): \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني (اختياري):

\* If Maimonides Medical Center is seeking authorization to use or disclose protected health information that it maintains in its own records, please be advised that the hospital will not receive compensation for the use or disclosure unless otherwise specified.

\* في حال طلب مركز مایمونیدز الطبي تفويضًا لاستخدام معلومات صحية محمية أو الإفصاح عنها وهذه المعلومات مودعة لدى المركز وفي سجلاته، فيرجى العلم بأن المستشفى لن يتلقى أي تعويض مقابل ذلك الاستخدام أو الإفصاح عن المعلومات ما لم يرد خلاف ذلك.

A PHOTOCOPY OF THIS RELEASE IS AS VALID AS THE ORIGINAL

يُعدُّ بصورة هذا التفويض تمامًا مثل الأصل