

نموذج الممثل الشخصي HIPAA

معلومات المريض – يرجى الكتابة بأحرف واضحة Patient Information – Please Print

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____
Patient Name Date of Birth

العنوان: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____
Address City/State/Zip Code

الهاتف # الأكثر سهولة في الوصول: _____
Telephone # most easily reached

بموجب هذا، أخول الشخص المذكور أدناه أن يكون ممثلي الشخصي فيما يتعلق بمعلوماتي الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI). يشمل ذلك السلطة للوصول إلى سجلاتي الطبية ومعلوماتي الصحية واستلامها ومناقشتها. وأعلم أيضا أنني قد أفيد الوصول إلى سجلاتي إذا حددت أدناه.

معلومات ممثل قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة، (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) - يرجى الكتابة بأحرف واضحة HIPAA Representative Information - Please Print

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____
Patient Name Date of Birth

العنوان: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____
Address City/State/Zip Code

الهاتف # الأكثر سهولة في الوصول: _____
Telephone # most easily reached

العلاقة مع المريض: _____
Relationship to Patient

أمنح ممثل HIPAA المذكور أعلاه حق الوصول إلى: I grant to the HIPAA Representative named above access to

الوصول الكامل إلى جميع السجلات الطبية والمعلومات الصحية – ملاحظة: كما يطلب وجود صندوق منفصل أدناه للوصول إلى فيروس نقص المناعة البشرية والطب النفسي وتعاطي المخدرات.
Full access to all medical records and health information – note separate box below is also required for HIV, psychiatric and substance abuse access.

أخرى - تحديد الحدود أو حادثة الرعاية الصحية المحددة: _____
Other - Specify limits or specific health care incident

من خلال التحقق من الفئات المناسبة وتوقيع الوضع أدناه، أمنح (المريض) ممثل HIPAA الخاص بي وصولا إلى معلومات صحية إضافية.

أفهم أن المعلومات في سجلي الطبي قد تتضمن معلومات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية و/أو معلومات تتعلق بتشخيص أو علاج الإعاقات النفسية و/أو تعاطي المواد، وأنه بتوقيعي على هذا الخانة، فأنا أخول بشكل خاص لممثل HIPAA الخاص بي الوصول إلى معلومات تتعلق ب: **(يجب عليك توقيع كل منطقة)** ترغب أن يحصل عليها ممثل HIPAA على أول)

معلومات عن تعاطي الكحول أو المخدرات أو المواد المخدرة
Alcohol, drug, or substance abuse information

الإيدز، المعلومات المتعلقة بفيروس HIV (بما في ذلك الفحوصات والنتائج المتعلقة بالإيدز)
AIDS, HIV-related information (including AIDS related testing and results)

الصحة النفسية
Mental Health

معلومات عن الأمراض المنقولة جنسيا
Sexually Transmitted Disease information

المعلومات الجينية
Genetic information

معلومات البحث
Research Information

سرية هذا السجل مطلوبة بموجب قانون ولاية نيويورك والقانون الفيدرالي. لا يجوز نقل هذه المواد لأي شخص دون موافقة خطية أو تفويض.

توقيع المريض لهذا الصندوق: _____ التاريخ: _____
Signature of Patient for this box Date

سرية هذا السجل مطلوبة بموجب قانون ولاية نيويورك والقانون الفيدرالي. لا يجوز نقل هذه المواد لأي شخص دون موافقة خطية أو تفويض.

1. أفهم أنه يمكنني سحب هذا التعيين كـ HIPAA في أي وقت من خلال إبلاغ قسم إدارة المعلومات الصحية على العنوان التالي: **Health Information Management Department: Attention Brooklyn, NY 11219 4802 10th Avenue** قسم إدارة المعلومات الصحية، كتابيا؛ ومع ذلك، إذا قمت بسحب التفويض، فلن يكون لذلك أي تأثير على أي إجراءات اتخذتها مؤسسة Maimonides Health قبل استلامها للسح.
2. أفهم أن علاجي أو دفع أجري للعلاج لا يمكن أن يكون مشروطا بما إذا كنت سأوقع هذا التفويض أم لا.
3. أفهم أن المعلومات التي تم الكشف عنها بموجب هذا النموذج قد يعاد الكشف عنها من قبل المستلم ولم تعد محمية بموجب قانون HIPAA.
4. أفهم أن هذا التفويض سيظل ساريا حتى: (يجب التحقق من واحد)

تم إلغاء الإلغاء كتابيا من قبل المريض
Revoked in writing by the patient

في التاريخ التالي: _____
On the following date

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____
Signature of Patient Date

توقيع ممثل HIPAA: _____ التاريخ: _____
Signature of HIPAA Representative Date

(لن يكون النموذج صالحا إلا إذا تم ملء جميع الفراغات المناسبة)
*يمكنك رفض توقيع هذا النموذج