

For Internal Use Only: \_\_\_\_\_

Signature of Mosaic Health Staff receiving completed form

Patient Account Number: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



**mosaic health**  
Better happens together.

B

### تفويض بالحصول على معلومات صحية محمية

1 اسم المريض \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

**[ب] أفوض Mosaic Health للحصول على سجلات المريض المذكورة أعلاه من:**

2 الاسم \_\_\_\_\_ العنوان \_\_\_\_\_

المدينة/الولاية/الرمز البريدي \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_ رقم الفاكس \_\_\_\_\_

**اختر السجلات المطلوب الحصول عليها، تحقق مما يلي:**

السجل الطبي بالكامل  السجل الطبي الخاص بالأسنان بالكامل  الأشعة السينية الطبية  الأشعة السينية الخاصة بالأسنان   
نتائج المختبر  قائمة الأدوية  سجل التحصين  ملاحظات التقدم

أخرى: \_\_\_\_\_

**لتواريخ العلاج التالية:** \_\_\_\_\_

(أمثلة: تاريخ محدد - 2020/13/1 ؛ نطاق التواريخ - يناير - يوليو 2019)

\* إذا كانت السجلات تتضمن سجلات إنجابية لقاصر، فإن هذا التفويض يتطلب توقيع القاصر.

### مطلوب تفويض محدد لإصدار الوثائق التالية

4 (أشهر من خلال وضع حروف اسمك الأولى أدناه ، إذا لم يتم وضع حروف اسمك الأولى فإنه لن يتم إرسال المعلومات الأولية إلينا)  
معالجة الكحول / المخدرات \_\_\_\_\_ المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز \_\_\_\_\_ علاج الصحة العقلية \_\_\_\_\_

\* من خلال الإقرار تحديداً بالإفراج عن معلومات تتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز ، و / أو العلاج بالكحول أو المخدرات ، و / أو معلومات علاج الصحة العقلية ، يُحظر على المتلقي إعادة الكشف عن هذه المعلومات دون إذن مني ما لم يُسمح بذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.

\* في حالة إرسال أشعة سينية للأسنان ، يرجى إرسال بريد إلكتروني إلى [dentalx-ray@mosaichealth.org](mailto:dentalx-ray@mosaichealth.org)

**تُطلب المعلومات للأسباب التالية:**

5  نقل الرعاية  المدرسة / العمل  الإعاقة  قانوني  الإحالة / تنسيق الرعاية

أفهم أن الإذن بالكشف عن هذه المعلومات الصحية طوعي. يمكنني رفض التوقيع على هذا التفويض. لست بحاجة إلى التوقيع على هذا النموذج من أجل ضمان العلاج. أفهم أن أي إقضاء عن المعلومات يحمل في طبيته إمكانية إعادة الإفصاح غير المصرح به وقد لا تكون المعلومات محمية بقواعد السرية الفيدرالية. إذا كانت لدي أسئلة حول الكشف عن معلوماتي الصحية ، فيمكنني الاتصال بالفرد أو المنظمة المصرح لها بالإفصاح.

أدرك أن لدي الحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت. أفهم أنه إذا أُلغيت هذا التفويض، يجب أن أفعل ذلك كتابةً وأن أقدم إبطال كتابي إلى قسم السجلات الطبية في Mosaic Health. أفهم أن الإلغاء لن ينطبق على المعلومات التي تم الإفراج عنها بالفعل استجابة لهذا التفويض. أفهم أن الإلغاء لن ينطبق على شركة التأمين الخاصة بي عندما يمنح القانون شركة التأمين الخاصة بي الحق في الطعن في مطالبة بموجب البوليصة الخاصة بي.

تنتهي صلاحية هذا التفويض في: \_\_\_\_\_ (أدخل التاريخ هنا) ، أو خلال عام واحد (1) من تاريخ التفويض ، أيهما أقل.

تاريخ التوقيع

توقيع المريض / ولي الأمر / الممثل القانوني

الاسم المطبوع للتوقيع أعلاه

العلاقة بالمريض

**Mount Morris**  
1 Murray Hill Drive  
Building 1, Room 140  
Mt. Morris, NY 14510  
P: 585-243-7840  
F: 585-554-3342

**Rushville**  
2 Ruben Drive  
Rushville, NY 14544  
P: 585-554-4400  
F: 585-554-3342

**Utica-Medical**  
1651 Oneida Street  
Utica, NY 13501  
P: 315-793-7600  
F: 315-792-0079

**Utica-Dental**  
3 Parkside Court  
Building 1  
Utica, NY 13501  
P: 315-293-7600  
F: 315-792-0079

**Lyons**  
1519 Nye Road  
Lyons, NY 14489  
P: 315-871-3178  
F: 585-554-3342

**Ilion**  
55 Central Plaza,  
Suite B  
Ilion, NY 13357  
P: 315-444-1900  
F: 315-792-0079