

الكشف عن معلومات

تفويض لتبادل المعلومات الطبية

الكشف عن سجلات لصالح المركز الصحي بالجامعة أو طلب سجلات من المركز الصحي بالجامعة

الاسم _____	المركز الصحي بالجامعة
العنوان _____	1232 جامعة أوريجون
المدينة/الولاية/الكود _____	أوجيني، أوريجون 97403
هاتف: _____ فاكس: _____	هاتف: (541) 346-2770
عناية: _____	فاكس: (541) 346-2747
	uhcmedicalrecords@uoregon.edu

الهدف من الكشف:

مواصلة الرعاية الطبية _____
مساعدة الطالب _____
لأغراض التأمين _____
أغراض أخرى (يُرجى التوضيح) _____

هل السجلات المطلوبة لتحديد موعد؟ نعم لا التاريخ: _____

السجلات المطلوب الكشف عنها:

ملاحظات المخططات الطبية _____
صور أشعة الأسنان _____
التطعيمات _____
المختبر _____
تقارير أشعة X _____
العلاجات البدنية/الرياضية _____
سجلات علاج الأسنان _____
صور أشعة X _____

تفويض خاص مطلوب: (يجب أن تقدمه بنفسك)

ملاحظات اختبار وتقديم علاج مرض نقص المناعة المكتسبة/الأيدز _____
سجلات الصحة النفسية _____
علاج إدمان الكحوليات واعتياد تعاطي الكيماويات _____
الاختبارات الجينية _____

طريقة الكشف عن السجلات: (فيما عدا الكشف الشفهي، قد يؤدي اختيار أكثر من طريقة إلى دفع رسوم إضافية)

نسخة بالبريد _____ كشف شفهي _____ استلام باليد _____ بالفاكس _____ الموقع الإلكتروني للمرضى _____

(الطلاب الحاليون فقط)

بيان إعادة الكشف: بمجرد الكشف عن المعلومات بموجب هذا التفويض، قد يتم إعادة الكشف عنها بواسطة من استلمها، ودون معرفة أو موافقة المركز الصحي بالجامعة، أو بواسطة المريض. قد لا تكون إعادة الكشف خاضعة لحماية اللوائح الفيدرالية أو لوائح الخصوصية بالولاية. يحق للمريض إلغاء هذا التفويض في أي وقت، عدا بعد أن يقوم المركز الصحي بالجامعة باتخاذ إجراء ما بالاعتماد على هذا التفويض، أو إذا تم منح التفويض بغرض الحصول على التأمين. لإلغاء هذا التفويض، يجب تقديم إقرار كتابي موقع بإلغاء التفويض، وإرساله بالبريد أو الفاكس لقسم السجلات الطبية بالمركز الصحي بالجامعة.

يُرجى الانتظار لمدة 10 أيام عمل للنظر في طلبك

(قد يتم تقدير رسوم رمزية للطلبات المتكررة لنفس مجموعة السجلات، أو السجلات التي تتخطى 50 صفحة).

بموجب التوقيع أدناه، أقر أنني أفوض وأوافق على الكشف عن سجلاتي الطبية.

ما لم يتم إلغاء هذا التفويض بشكل كتابي، فإنه سيظل ساري المفعول لمدة 365 يوماً من تاريخ التوقيع.

الاسم بخط واضح: _____ رقم الهوية بجامعة أوريغون: _____ تاريخ الميلاد: _____

التوقيع: _____ التاريخ: _____ هاتف: _____

المركز الصحي بالجامعة

1232 جامعة أوريغون، أوجيني، أو 97403-1232

هاتف: 541-346-2770 • الفاكس: 541-346-2747 • البريد الإلكتروني: uhcmedicalrecords@uoregon.edu