

إعطاء الإذن لاستخدام معلومات صحية محمية والإفصاح عنها ونشرها
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (ARABIC)

أفهم ما يلي:
I understand the following:

• يحق لي أن أرفض التوقيع على هذا النموذج لإعطاء الإذن بالإفصاح عن معلوماتي الصحية المحمية أو نشرها. وأن رفضي لتوقيع الإذن لن يؤثر سلبيًا على قدرتي على الحصول على خدمات الرعاية الصحية أو التعويض عنها. وأن الطرف الوحيد الذي قد يكون له تأثير على قدرتي لتلقي خدمات الرعاية الصحية في حال رفضي لتوقيع هذا الإذن هو عندما تكون خدمات الرعاية الصحية متعلقة بالبحث أو حين تُستخدم فقط لأغراض تقديم معلومات الرعاية الصحية إلى شخص آخر ويكون الإذن مطلوبًا لعمل ذلك الإفصاح.

I have the right to refuse to sign this form for authorization to disclose or release my protected health information. Refusal to sign the authorization will not adversely affect my ability to receive health care services or reimbursement for services. The only circumstance when refusal to sign this authorization may affect my ability to receive health care services is if the health care services are research-related or solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is needed to make that disclosure.

• قد تفرض رسوم مالية على هذا الالتماس .

There may be a fee associated with this request.

• قد تخضع المعلومات المستخدمة أو المفصح عنها بموجب هذا الإذن إلى إعادة الإفصاح عنها من جديد ولن تعود محمية بموجب القانون الفيدرالي. ومع ذلك، أفهم أيضًا أن القانون الفيدرالي أو قانون الولاية قد يقيّد إعادة الإفصاح عن معلومات خاصة بكل من HIV/AIDS ومعلومات الصحة النفسية ومعلومات الاختبارات الجينية ومعلومات التشخيص أو العلاج أو الإحالة المتعلقة بتعاطي المخدرات أو معاقرة الكحول.

Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS, mental health information, genetic testing information, and drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information.

• يحق لي أن أحصل على نسخة من هذا الإذن الموقع.

I have the right to receive a copy of this signed authorization.

• ويجوز لي أن ألغي هذا الإذن خطيًا في أي وقت. وإذا قمت بإلغائه، فلا يجوز بعد ذلك استخدام المعلومات الموصوفة أدناه أو الإفصاح عنها للأغراض الموصوفة في الإذن الخطي. ويكون الاستثناء الوحيد لذلك هو عندما يقوم Swedish باتخاذ إجراء استنادًا إلى الإذن أو تمّ استحصال الإذن كشرط لتغطية التأمين.

I may revoke this authorization in writing at any time. If I revoke this authorization, the information described below may no longer be used or disclosed for the purposes described in the written authorization. The only exception is when Swedish has taken action in reliance on the authorization or the authorization was obtained as a condition of insurance coverage.

• يُرجى إرسال هذا الإذن أو الإلغاء إلى أحد هذه المواقع، بناءً على المكان الذي تلقيت فيه الرعاية:

Please submit this authorization or revocation to one of these locations, depending on where you received care:

<p>Swedish Medical Center Release of Information Department 747 Broadway, Seattle, WA 98122 الفاكس: (206) 320-2626 البريد الإلكتروني: ROI@swedish.org</p>	<p>Swedish Medical Group الهاتف: (206) 320-3025 الفاكس: (478) 238-9436 البريد الإلكتروني: smgroi-wa@cioxhealth.com</p>
---	---

يرجى الانتباه إلى أنه: لم يعد Swedish يطبع أرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بالمرضى أو ينشرها ما لم يكن ذلك مطلوبًا لأغراض إعداد الفواتير. ومع ذلك، فيجوز أن تكون أرقام الضمان الاجتماعي موجودة في معلومات المرضى التي مضى عليها أكثر من بضع سنين. يجوز أن تتضمن المعلومات التي تأذن بنشرها رقم ضمانك الاجتماعي.

Important: Swedish no longer prints or releases patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient information that is more than a few years old. The information you are authorizing to be released may include your social security number.

وبموجب هذا تُبرئ ذمة هذه المنشأة وموظفيها ومسؤوليها التنفيذيين وأطبائها من أي مسؤولية قانونية أو التزام قانوني بشأن إفشاء المعلومات المذكورة أعلاه إلى المدى المشار إليه والمأذون به في هذا المستند.

The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.



إعطاء الإذن لاستخدام معلومات صحية محمية والإفصاح عنها ونشرها

AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (ARABIC)

لا يميز Swedish Health Services ولا الجهات التابعة له بين المرضى على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس، أو العمر، أو الإعاقة في برامج وأنشطته الصحية.

Swedish Health Services and its Affiliates do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in their health programs and activities.

ملاحظة: إذا كنت لا تتحدث اللغة الإنجليزية، فيرجى العلم أنه تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل على رقم: (888) 311-9127 (للهااتف النصي اتصل على رقم: 711).

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (TTY: 711).

أمنح Swedish الإذن باستخدام نسخة من المعلومات الصحية المحددة الموصوفة أدناه والإفصاح عنها بشأن:
I authorize Swedish to use and disclose a copy of the specific health information described below regarding:

اسم المريض: Patient's Name: _____ تاريخ الميلاد: DOB/ _____
عنوان المريض: Patient's Address/ _____ الهاتف: Phone/ _____
المدينة: City/ _____ الولاية: State/ _____ الرمز البريدي: Zip Code/ _____
للإفصاح عنها إلى: _____ نفسي
To be disclosed to: _____
عنوان المستلم: _____
Recipient's Address: _____
المدينة: City/ _____ الولاية: State/ _____ الرمز البريدي: Zip Code/ _____
الهاتف: Phone/ _____ الفاكس: Fax/ _____ البريد الإلكتروني: Email/ _____
مطبوعة ورقياً مسجلة على قرص حاسوب البريد الإلكتروني MyChart الرجاء إرسال سجلاتي عبر الوسيلة التالية:
Paper Disc Email MyChart
الهاتف الفاكس

إنني ألتزم معلومات من المنشأة أو المنشآت التالية:
I am requesting information from the following facility(s):

اسم المستشفى (المذكور) ورقم الهاتف Hospital Name (List) & Phone Number	اسم العيادة (المذكور) ورقم الهاتف Clinic Name (List) & Phone Number

عن المدة التي يتراوح تاريخها من: _____ إلى: _____
For the range of dates from: _____ to: _____

بشأن المعلومات المتعلقة بالتشخيص التالي أو الإصابة التالية:
For information related to the following diagnosis or injury:

إعطاء الإذن لاستخدام معلومات صحية محمية والإفصاح عنها ونشرها
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (ARABIC)

المعلومات المطلوب الإفصاح عنها: / Information to be disclosed:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> التاريخ المرضي والفحص البدني / History & Physical | <input type="checkbox"/> ملخص الخروج من المستشفى / Discharge Summary |
| <input type="checkbox"/> تقرير العمليات الجراحية / Operative Report | <input type="checkbox"/> تقرير قسم الطوارئ / Emergency Department Report |
| <input type="checkbox"/> تقارير تشخيصية (التحاليل المختبرية، والتصوير بالأشعة السينية، إلخ... EKG وتخطيط القلب ،
Diagnostic Reports (lab, x-ray, EKG, etc.) | <input type="checkbox"/> ملاحظات تقدّم الحالة / Progress Notes |
| <input type="checkbox"/> Other (specify): غير ذلك (يُرجى التحديد): | |

لأغراض: _____
For the purpose of:

سنتتهي صلاحية مفعول هذا الإذن - ما لم يتم إلغاؤه - في خلال 180 يوماً أو بحلول التاريخ التالي: _____
Unless revoked, this authorization expires in 180 days or on this Date:

الشروط: سيمتد هذا الإذن - ما لم أحصر نطاقه بنفسه صراحة - إلى جميع أوجه الاختبارات و/أو العلاج لكل من الأمراض المنقولة جنسياً، أو AIDS أو HIV، أو معاقرة الكحول و/أو تعاطي المخدرات، أو حالات اضطراب الصحة النفسية أو غيرها من المعلومات الحساسة.

Terms: This authorization, unless expressly limited by me in writing, will extend to all aspects of testing and/or treatment of sexually transmitted diseases, AIDS, HIV Infection, alcohol and/or drug abuse, mental health conditions or other sensitive information.

توقيع المريض: _____ /Date: _____

Patient Signature: _____
(مطلوب طباعة النموذج وتسليمه باليد)
(Print form and sign by hand)

اسم ممثل المريض: _____ /Date: _____

Patient Representative Name: _____

اسم ممثل المريض: _____
مطلوب طباعة النموذج وتسليمه باليد. يرجى تضمين أي وثائق داعمة. (Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)

Patient Representative Signature: _____
(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)

صلة القرابة بالمريض: _____
Relation to Patient: _____



1ROI