



الملصق التعريفي للمريض

طلب المريض للوصول إلى مجموعة سجلات معينة

PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (ARABIC)

في بعض المناطق، قد تُخزّن Swedish Health Services والجهات التابعة لها السجلات السريرية للمرضى في مكان منفصل عن سجلات المستشفيات الخاصة بالمرضى. يسعدنا إرسال نسخة من هذا النموذج عبر الفاكس إلى منشآت أخرى عند الطلب.

In some areas, Swedish Health Services and affiliates may store patient clinic records separately from patient hospital records. We would be glad to fax a copy of this form to other facilities upon request.

يجوز أن تُرفق صفحة إضافية في حال احتياجك إلى مساحة أكبر من المساحة المتوفرة على نموذج الطلب.

You may attach an additional page if more room is needed than provided on the request form.

يُرجى إرسال هذا النموذج إلى أحد هذه المواقع، بناءً على المكان الذي تلقيت فيه الرعاية:

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

Swedish Medical Group	Swedish Medical Center
الهاتف / Phone : (206) 320-3025	Release of Information
الفاكس / Fax : (425) 478-9436	747 Broadway, Seattle, WA 98122
البريد الإلكتروني / Email : smgroi-wa@cioxhealth.com	الهاتف / Phone : (206) 320-3850
	الفاكس / Fax : (206) 320-2626
	البريد الإلكتروني / Email : ROI@swedish.org

قد تُفرض رسوم على هذا الطلب.

Fees may be associated with this request.

تنبيه مهم: لم تعد Swedish والجهات التابعة لها تطبع أرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بالمرضى أو تنشرها ما لم يكن ذلك مطلوباً لأغراض إعداد الفواتير.

ومع ذلك، قد تكون أرقام الضمان الاجتماعي مشمولة في سجلات المرضى التي مضى عليها أكثر من بضعة أعوام. قد تتضمن السجلات التي تطلبها رقم ضمانك الاجتماعي.

Important: Swedish and affiliates no longer print or release patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient records that are more than a few years old. The records you are requesting may include your social security number.



3600



الملصق التعريفي للمريض

وبموجبه تبرئ ذمة هذه المنشأة وموظفيها ومسؤوليها وأطبائها من أي مسؤولية قانونية أو التزام قانوني بشأن الإفصاح عن المعلومات المذكورة أعلاه إلى الحد المشار إليه المُصرَّح به في هذه الوثيقة.

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.

لا تُمارس Swedish Health Services والجهات التابعة لها تمييزاً في تقديم برامجها وأنشطتها الصحية إلى المرضى على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس، أو العمر، أو الإعاقة.

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.

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

注意: 如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).



الملصق التعريفي للمريض

طلب المريض للوصول إلى مجموعة سجلات معينة

اسم المريض: _____ Patient's Name:	تاريخ الميلاد: _____ DOB:	
الاسم (الأسماء) المستخدمة مسبقًا _____ Prior Name(s) Used:	الهاتف: _____ Phone:	
عنوان المريض: _____ Patient's Address:	الرمز البريدي: _____ Zip Code:	
المدينة: _____ City:	الولاية: _____ State:	
البريد الإلكتروني للمريض: _____ Patient's Email:		
يُرجى الإفصاح عن سجلاتي إلى: أنا شخصيًا على العنوان المُوضح أعلاه <input type="checkbox"/> أو المستلم التالي <input type="checkbox"/>		
Please disclose my records to: Myself at the address above <input type="checkbox"/> or the following recipient <input type="checkbox"/>		
الاسم: _____ Name:	العنوان: _____ Address:	
المدينة: _____ City:	الولاية: _____ State:	
الهاتف: _____ Phone:	البريد الإلكتروني: _____ Email:	
الفاكس: _____ Fax:		
الرجاء إرسال سجلاتي عبر الوسيلة التالي: <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> مسجلة على قرص <input type="checkbox"/> مطبوعة على ورق <input type="checkbox"/>		
Please send my records via: <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Disc <input type="checkbox"/> Paper <input type="checkbox"/> Fax		
أطلب معلومات من المنشأة أو المنشآت التالية: I am requesting information from the following facility(s):		
أدرج في القائمة التالية اسم المستشفى (المستشفيات) أو مقدم الخدمة (مقدمي الخدمة) _____ List Hospital(s) or Provider Name(s)	و/ أو _____ AND/OR	أدرج في القائمة التالية اسم المنشأة أو المنشآت التالية: _____ List Clinic(s) or Provider Name(s)
عن نطاق زمني يتراوح من تاريخ: _____ For the range of dates from:	حتى: _____ to:	
المعلومات المطلوب الإفصاح عنها: Information to be disclosed:		



3600

**SWEDISH**

الملصق التعريفي للمريض

- ملخص حالة المريض وقت خروجه من المستشفى
Discharge Summary
تقرير قسم الطوارئ
Emergency Department
ملاحظات حول تطور الحالة
Report Progress Notes
آخر عامين فقط
Last 2 years only

- التاريخ المرضي والفحص البدني
History & Physical
تقرير العمليات الجراحية
Operative Report
تقارير تشخيصية (تحاليل مختبرية، أو تصوير بالأشعة السينية، أو تخطيط كهرباء القلب EKG، غير ذلك...)
Diagnostic Report (lab, x-ray, EKG, etc.)
غير ذلك (يُرجى التحديد):

Other (specify):

قد تُفرض رسوم على هذا الطلب. بعض السجلات غير متاح تلقيها عبر MyChart.
Fees may be associated with this request. Some records are unavailable to receive via MyChart.

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____

(مطلوب طباعة النموذج وتوقيعه باليد)

Date:

Patient Signature:

(Print form and sign by hand)

اسم ممثل المريض: _____ التاريخ: _____

Date:

Representative Name:

صلة القرابة بالمريض: _____ توقيع ممثل المريض: _____

Relation to Patient:

Representative Signature:

(مطلوب طباعة النموذج وتوقيعه باليد. يُرجى تضمين المستندات الداعمة.)
(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)



1ROI