

مستشفى فيلادلفيا للأطفال

إذن خطي للسماح بتحرير أو الحصول على معلومات المريض (رجاءً أملأ الأستمارة باللغة الأنكليزية)

الاسم: الجنس: ذكر أنثى

رقم السجل الطبي:

العمر تاريخ الميلاد:

رقم الحساب:

هذه الأستمارة تخول مستشفى فيلادلفيا للأطفال وكل منتسبها بتحرير الحصول على المعلومات كما هو مذكور أدناه. للحصول على قائمة بالمؤسسات التابعة والممارسات الطبية، رجاءً أنظر إلى بيان الممارسات المتعلقة بالخصوصية لمستشفى فيلادلفيا للأطفال.

أولاً: أسم المريض (الأول، الوسط، والأخير):

عنوان المريض:

المدينة، الولاية، والرمز البريدي:

رقم الهاتف: تاريخ الميلاد:

ثانياً: أسم الشخص أو الجهة التي ستحرر معلوماتك الطبية، رجاءً أختار الجهة المناسبة مما يلي وزودنا بأسم وعنوان ورقم الهاتف للشخص الجهة التي ستحرر معلوماتك.

مستشفى فيلادلفيا للأطفال أو جهة أخرى

أسم الشخص الجهة:

العنوان:

المدينة، الولاية، والرمز البريدي:

رقم الهاتف: رقم الفاكس:

ثالثاً: أي نوع من المعلومات سيتم تحريرها؟ تاريخ الموعد، أو بداية فترة البقاء في المستشفى من: وحتى:

قسم الطوارئ الرعاية المنزلية مريض غير راقد في المستشفى (رجاءً حدد أسم القسم المكتب)

مريض راقد في المستشفى التطعيمات

معلومات أخرى (رجاءً حدد)

إذا كان هناك أي جزء من السجل الطبي لا ترغب بأن يتم تحريره، رجاءً أذكره هنا:

إذا كان سجلك يحتوي على أية معلومات عن الأدمان (المخدرات أو الكحول)، مرض نقص المناعة المكتسب، أو أي مرض متعلق بالصحة العقلية، هل يمكننا تحرير هذه المعلومات؟ إذا كان الجواب بنعم، رجاءً أكتب الأحرف الأولى من أسمك عند كل نوع من المعلومات التي تسمح لنا بتحريرها:

علاج أو فحص متعلق بالأدمان على المخدرات وأو الكحول- مرض نقص المناعة المكتسب (الأيدز)

الصحة العقلية

رابعاً: ماهو أسم الشخص أو الجهة التي ستستلم معلوماتك الطبية؟ أختَر الجواب المناسب مما يلي، وزودنا بالأسم والعنوان ورقم هاتف الشخص أو الجهة التي ستستلم المعلومات.

مستشفى أطفال فيلادلفيا أو جهة أخرى

أسم الشخص\الجهة:-----

العنوان:-----

المدينة، الولاية، والرمز البريدي:-----

رقم الهاتف:----- رقم الفاكس:-----

خامساً: رجاءً أشرح لماذا يحتاج الشخص أو الجهة إلى هذه المعلومات:

سادساً: تاريخ الانتهاء. أذكَ الخطي سيكون ملغياً بعد 90 يوماً من توقيع هذه الأستمارة، إلا إذا ذكرت عكس ذلك. إذا رغبت في تمديد المدة الزمنية لهذا الأذن الخطي، رجاءً أذكر لنا متى تريد أن يصبح الأذن الخطي هذا ملغياً. لايمكن أن يتجاوز التمديد مدة السنة من تاريخ ملئ هذه الأستمارة:

سابعاً: فهم هذه الأستمارة

عند التوقيع على هذه الأستمارة، يسمح لنا بالحصول على وتحرير معلومات المريض الموجودة في سجله الطبي لدينا مسبقاً والمعلومات الطبية الجديدة بعد التوقيع على الأستمارة ولغاية تاريخ أنتهاء الأذن الخطي.

يمكن للموقع أن يلغي هذا الأذن الخطي في أي وقت من خلال تقديم طلب خطي للجهة المسؤولة عن تحرير المعلومات. للمزيد من المعلومات عن المعلومات الصادرة من مستشفى فيلادلفيا للأطفال، أنظر إلى بيان الممارسات المتعلقة بالخصوصية للتعليمات حول كيفية إلغاء (إبطال) هذا الأذن الخطي. في حال إلغاء هذا الأذن، لايمكن أسترجاع معلومات قد تم تحريرها مسبقاً.

المعلومات التي تحرر من قبل مستشفى فيلادلفيا للأطفال يمكن أن تحرر مرة أخرى من قبل الشخص أو الجهة التي تستلمها، ولاتعتبر محمية من قبل قوانين الخصوصية الفدرالية. مستشفى فيلادلفيا للأطفال سيحمي المعلومات التي يتسلمها من جهة أخرى حسب ماتنص عليه قوانين الخصوصية الفدرالية.

أنا أفهم بأن أذني المكتوب هذا هو طوعي وأنا \ أو طفلي سنتلقى العلاج سواءً وقعنا أم لم نوقع على هذه الأستمارة.

ثامناً: التوقيع. بتوقيعي على هذه الورقة، أنا أفهم بأنني أعطي الأذن الخطي لمستشفى فيلادلفيا للأطفال بتحرير أو الحصول على المعلومات كما هو موضح أعلاه.

التاريخ

الأسم الكامل

التوقيع

غيرها (حدد):-----

الراعي القانوني

الوالد\الوالدة

العلاقة بالمريض: المريض

التاريخ:-----

المعلومات ستحرر من قبل:-----