

إدارة

خدمات الصحة النفسية في مقاطعة ألاميدا



خدمات الصحة النفسية وتعاطي المواد المخدرة

مساعدة المستهلك
رقم الاتصال المجاني: 0787 – 779 (800) 1

للاتصال بقسم المتابعة بولاية كاليفورنيا، اتصل
على 711

تفويض بالإفصاح عن المعلومات السرية (يُرجى ملء كلا وجهي هذا النموذج)

الاسم الأخير (لقب) المستهلك	الاسم الأول	الاسم الأوسط	تاريخ الميلاد
عنوان (رقم) الشارع	المدينة	الرمز البريدي	رقم الهاتف المتاح على مدار اليوم
رقم التأمين أو الضمان الاجتماعي * (مطلوب)			
أطلب معلوماتي الصحية المحمية من:			
اسم مقدم خدمة الرعاية الصحية	رقم الهاتف		
عنوان (رقم) الشارع	المدينة / الولاية	الرمز البريدي	رقم الفاكس (إن وجد)

سيجري الكشف عنها لـ: إدارة خدمات الصحة النفسية في مقاطعة ألاميدا – مكتب ضمان ومراقبة الجودة

قسم مساعدة المستهلك

2000 Embarcadero Cove, Suite 400

Oakland, CA 94606

أسمح بالإفصاح عن معلوماتي الصحية المحمية التالية من سجلي (سجلاتي) الطبية:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> سجل غرفة الطوارئ | <input type="checkbox"/> شرائح / تقرير علم الأمراض |
| <input type="checkbox"/> تقارير المختبر | <input type="checkbox"/> سجلات الفواتير المفصلة |
| <input type="checkbox"/> تقارير الأشعة | <input type="checkbox"/> تقرير/ ملخص خروج المريض |
| <input type="checkbox"/> سجل التحصين التطعيمات واللقاحات | <input type="checkbox"/> سجل الاستشارات المادية أو الطبيعية |
| <input type="checkbox"/> سجلي الطبي بالكامل (جميع الصفحات) | <input type="checkbox"/> التقارير المتعلقة بالعمليات الجراحية |
| <input type="checkbox"/> معلومات أخرى: | |

تحمي قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعلومات التالية. إذا كانت هذه المعلومات تنطبق عليك، فيرجى توضيح ما إذا كنت ترغب في الإفصاح / الحصول على هذه المعلومات (بما في ذلك التواريخ عند الاقتضاء):

لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	سجلات الصحة النفسية
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	سجلات العلاج النفسي
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	اختبار فيروس نقص المناعة البشرية والنتائج الخاصة به
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	سجل تعاطي الكحول أو المخدرات أو المواد المُسكرة
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	السجلات الجينية

تغطي فترة الرعاية الصحية من: تاريخ (تواريخ) محدد _____ إلى _____ أو
 جميع اللقاءات / الزيارات السابقة والحالية والمستقبلية

الغرض من طلب المعلومات: النظر في أو الوصول إلى حل الشكوى / التظلم أو طلب الطعن / الاستئناف

تخضع هذه الموافقة للإلغاء من قبل الموقع أدناه في أي وقت باستثناء الحد الذي تم فيه اتخاذ الإجراء بناءً على هذه الاتفاقية، وإذا لم يتم إلغاؤها في وقت سابق، فستنتهي تلقائيًا في غضون ستة (6) أشهر من تاريخ الموافقة عليها. يجوز للموقع إلغاء هذا الإصدار كتابيًا أو عن طريق إبلاغ قسم مساعدة المستهلك شفهيًا.

التاريخ	توقيع العميل أو الممثل المعتمد أو المفوض من قبله
العلاقة بالمريض (إن وجد)	الاسم مطبوع (مكتوب)

يحظر أي إفشاء لمعلومات السجلات الطبية من قبل المستلم (المستلمين) إلا عندما يكون ذلك مسموح به ضمناً في الغرض من الإفصاح. يُحظر إعادة الكشف عن معلومات اضطراب سوء استخدام المواد أو التعاطي: المادة رقم 42 من القانون الفيدرالي، الجزء رقم 2 تُحظر الكشف غير المصرح به عن هذه السجلات.

إصدار معلومات ضمان الجودة الخاصة بـ (الصحة النفسية وتعاطي / إساءة استخدام المواد) رقم 12.12.18