

Authorization to RELEASE]
[Health Information – ARABIC
تصريح إفصاح عن معلومات صحية

2605 Blue Ridge Road, Suite 225
Raleigh, NC 27607
984-222-8001 (هاتف) 984-222-8000 (فاكس)

[I authorize NeighborHealth to release information from]

أصرح لمؤسسة NeighborHealth Health الحصول على معلومات من:

_____ [Person/Institution] شخص / مؤسسة:

_____ [Address] العنوان:

_____ [City, State, Zip] المدينة، الولاية، الرمز البريدي:

_____ [Phone] هاتف: _____ [Fax] فاكس:

[Patient Information] معلومات المريض:

_____ [Name] الاسم:

_____ [Birthdate] تاريخ الميلاد:

_____ [Social Security] الضمان الاجتماعي:

_____ [Phone] الهاتف:

[Information to be Released] المعلومات التي سيتم الإفصاح عن

- [Lab reports] تقارير المختبر [School physical form] نموذج الفحص الجسدي للمدرسة [Immunization/shot records] سجلات التطعيم [Complete medical record] السجلات الطبية الكاملة [Prenatal records] سجلات ما قبل الولادة [Radiology reports] تقارير الأشعة [Billing Records] سجلات الفواتير [Other] أخرى _____

[I specifically **prohibit** the release of the following sensitive health information. I understand that for any of the following boxes that are not checked, the health information released to the named recipient may include diagnosis, evaluation and/or treatment information for the following:]

أحظر بشكل محدد الإفصاح عن المعلومات الصحية الحساسة التالية. أفهم أنه بخصوص أي مربع من المربعات التالية ليس به علامة، فإن المعلومات الصحية المفصحة عنها إلى المستلم المذكور اسمه قد تتضمن معلومات التشخيص أو التقييم أو العلاج أو كل ما سبق بخصوص ما يلي:

- [Behavioral health] الصحة السلوكية [Alcohol and/or substance abuse] إدمان الكحول أو المخدرات أو كلاهما HIV or AIDS testing information or [results] معلومات أو نتائج اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز

[Dates of Service Requested] تواريخ الخدمات المطلوبة

- [All] الكل [From] من _____ [to] إلى _____ [Most Recent] الأحدث

[Reason for Release] سبب الإفصاح

- [Patient Request] طلب المريض [Continuity of Care/Other provider] مواصلة الرعاية/مقدم خدمة آخر [Other (specify)] أخرى (حددها) _____

[Delivery Requested] وسيلة التوصيل المطلوبة

- [Paper by mail] ورقياً باستخدام البريد [Electronic by secure message (e-mail) email address] إلكترونياً باستخدام رسالة محمية (بريد إلكتروني) البريد الإلكتروني: _____

أفهم أن هذا التصريح قابل للإلغاء/السحب بواسطة في أي وقت وذلك كتابياً إلى مسؤول الخصوصية في مكان الرعاية، باستثناء في حالة أن الإجراء تم اتخاذه بالفعل للإفصاح عن المعلومات. لدي الحق في التحقق من نسخة من المعلومات الصحية التي سيتم الإفصاح عنها. أفهم أن هذه التصريح تطوعي ويمكنني رفض التوقيع على هذا التصريح. لن يرفض الشخص/المؤسسة المذكورة أعلاه علاجي بناء على قراري بالسماح باستخدام معلوماتي الصحية والإفصاح عنها للأخريين من عدمه. أفهم أن المعلومات التي أصرح لشخص أو مؤسسة تلقيها قد يعاد الإفصاح عنها ولن تصبح محمية بقوانين الخصوصية الفيدرالية. سوف يظل هذا التصريح سارياً ما لم يتم إلغاؤه، لكنه سينتهي بعد 90 يوماً من تاريخ توقيعي أو حسب التاريخ أو الحدث أو الطرف المحدد كالتالي: _____

التاريخ [Date]

توقيع المريض [Signature of Patient]

العلاقة بالمريض [Relationship]

توقيع الوالد/الوصي القانوني أو من ينوب عنه
(مطلوب إذا كان المريض ليس مصرحاً له قانونياً بالتوقيع على التصريح)
Signature of Parent/Legal Guardian or Representative (Required if
patient is not legally authorized to sign authorization)

العلاقة بالمريض [Relationship]

توقيع الشاهد [Witness Signature]

NeighborHealth OFFICE USE ONLY

Charge: _____ None (Sending to Medical Provider) \$0.75 (each) for first 25 pages.

\$0.50 (each) for pages 26 – 100. \$0.25 (each) for pages over 100. Minimum fee of \$10.00 Payment

Received Yes No (requested to be billed)

PHI released by (staff name): _____ Date: _____ Mail Fax