

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
تصريح لاصدار معلومات العلاج النفسي
من الجانبين

1. المريض / معلومات مقدم الطلب :	
الاسم :	_____ أسماء أخرى: _____
الشارع :	_____ رقم الشقة: _____
المدينة / البلدة :	_____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم التعريف الوطني # :	_____ تاريخ الميلاد: _____
الهاتف :	_____

2. اذن تحرير المعلومات : اعطي ادارة العلاج النفسي (DMH) السماح بتلقي واصدار ملاحظات الجلسات النفسية، من والى الاشخاص، المنظمة او الهيئة المذكورة ادناه، اما شفويا او خطيا	
الشخص، المنظمة او المركز (على سبيل المثال، اسم وعنوان المستشفى، العيادات الخارجية، برنامج الاسكان، وغيرها)	المعلومات الخاصة بـ DMH :
الاسم :	_____ الاسم :
انتباه :	_____ الشارع :
الشارع :	_____ المدينة / البلدة :
المدينة / البلدة :	_____ الولاية / الرمز البريدي :
الولاية / الرمز البريدي :	_____ الهاتف :
الهاتف :	_____ الفاكس :
الفاكس :	_____ البريد الإلكتروني :

3. اشر الى المعلومات التي تريد مشاركتها (ضع علامة على كل ما ينطبق)		
<input type="checkbox"/>	تشخيص الحالة العقلية والعلاج المقدم من الطبيب النفسي، دكتور علم النفس، الممرضة المختصة بالحالات النفسية المرشد الاجتماعي المرخص؛ او اية جهة اخرى مرخصة ومختصة بالعلاج النفسي.	
<input type="checkbox"/>	ملف كامل للحالة العقلية، باستثناء ملاحظات العلاج النفسي التي تتطلب تصريح منفصل.	
<input type="checkbox"/>	ملف الحالة الصحية والعقلية الكامل	<input type="checkbox"/> الخطة الشخصية وتفاصيل الجلسات
<input type="checkbox"/>	ملخص انتهاء الزيارات	<input type="checkbox"/> ملخص النقل
<input type="checkbox"/>	وثائق القبول	<input type="checkbox"/> الفحص الطبي العام
<input type="checkbox"/>	نتائج المختبر	

غير ذلك (يرجى التوضيح) معلومات اضافية: _____

4. تواريخ المعلومات التي تريد مشاركتها: (حدد التواريخ)
تواريخ المعلومات المطلوبة: من: _____ الى: _____

