Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
تصريح لاصدار المعلومات
<u>من الجانبين</u>

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

2. اذن تحريرالمعلومات : اعطي ادارة العلاج النفسي (DMH) السماح بتلقي واصدار ملاحظات الجلسات النفسية، من والى الاشخاص، المنظمة او الهيئة المذكورة ادناه، اما شفهيا او خطيا .

الشخص، المنظمة او المركز(على سبيل المثال، اسم وعنوان المستشفى، العيادات الخارجية، برنامج الاسكان، وغيرها)	المعلومات الخاصة ب DMH :
الاسم : _____	الاسم : _____
انتباه : _____	الشارع : _____
الشارع : _____	المدينة / البلدة : _____
المدينة / البلدة : _____	الولاية / الرمز البريدي : _____
الولاية / الرمز البريدي : _____	الهاتف : _____
الهاتف : _____	الفاكس : _____
الفاكس : _____	البريد الإلكتروني : _____

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

4. الغرض من الإصدار : (يجب التحقق من واحد)			
☐ استخدام شخصي	☐ الرعاية المنسقة	☐ إحالة	☐ تسهيل الفواتير
☐ الحصول على التأمين أو التمويل أو غير ذلك			
☐ غرض آخر (يرجى التحديد): _____			

انا افهم ذلك:

- لدي الحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت.
- إذا قمت بإلغاء هذا التفويض ، يجب عليّ القيام بذلك كتابةً وتقديمه إلى DMH في عنوان DMH المحدد في الصفحة الأولى أو مكتب قسم الصحة العقليةDMH في منطقتي .(ابحث عن مكاتب منطقةDMH على. www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; اتصل بالرقم 1-800-221-0053 ; أو أرسل بريدًا إلكترونيًا (dmhinfo@MassMail.State.MA.US.
- لا يسري الإلغاء على المعلومات التي تم إصدارها بالفعل بموجب هذا التفويض.
- لن يسري الإلغاء على شركة التأمين الخاصة بي عندما يمنح القانون شركة التأمين حق المطالبة بالطعن في المطالبة بموجب بوليصة التأمين الخاصة بي.

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
تصريح لاصدار المعلومات
من الجانبين

اسم المريض / مقدم الطلب: _____

انا افهم ذلك:

- بمجرد إطلاق المعلومات المذكورة أعلاه ، يمكن للمستلم إعادة توزيعها ، وقد لا تتم حماية المعلومات بواسطة قوانين أو لوائح الخصوصية الفيدرالية أو الحكومية .
- الإذن بالكشف عن المعلومات المحددة أعلاه طوعي.
- لست بحاجة إلى التوقيع على هذا النموذج لتلقي العلاج أو الخدمات من DMH و / أو الشخص أو المنشأة أو الوكالة الأخرى ؛ ومع ذلك ، فإن عدم القدرة على مشاركة المعلومات أو الحصول عليها قد يمنعDMH و / أو الشخص أو المرفق أو الوكالة الأخرى من توفير الرعاية المناسبة والضرورية.

تنتهي صلاحية هذا التفويض (حدد تاريخًا أو فترة زمنية أو حدثاً) _____ أو ، إذا **لم يتم تحديد أي شيء** ، فسوف تنتهي صلاحيته سنة واحدة من تاريخ التوقيع.

5. التوقيع / التخويل: قم بالتوقيع وتقديم المعلومات كما هو مطلوب أدناه .

X _____ _____

توقيعك أو توقيع الممثل الشخصي تاريخ

_____

كتابة اسم الموقع

المعلومات التالية مطلوبة إذا وقعت من قبل ممثل شخصي :

نوع السلطة (على سبيل المثال ، المحكمة المعينة ، الوالد الحاضن): _____