

طلب لإمكانية وصول إلى سجلات صحية

معلومات الشخص متلقي الخدمة

يرجى إكمال المعلومات التالية حول الشخص الذي تطلب السجلات الصحية من أجله.

الاسم الأول: _____ الأوساط: _____ الاسم الأخير: _____
 رقم هوية WellPower: _____ تاريخ الميلاد: _____ (شهر/يوم/سنة)

الاستلام

يُرجى اختيار الطريقة التي ترغب فيها استلام نسختك.
 اتركه فارغًا إذا كان لا ينطبق.

- البريد
 استلام باليد
 بريد إلكتروني (*ملفات PDF فقط)

نوع الطلب

يرجى تحديد نوع الوصول الذي تقوم بطلبه.
 قد يتم استيفاء رسوم.

- نسخة إلكترونية: بريد إلكتروني آمن (* PDF فقط)
 نسخة إلكترونية: قرص CD (*ملفات PDF فقط)
 نسخة إلكترونية: ذاكرة تخزين محمولة (* PDF فقط)
 نسخة ورقية مطبوعة
 نسخة ورقية مطبوعة: معتمدة من كاتب عدل
 الاطلاع: سيتصل بك ممثل من HISM لتحديد موعد.

معلومات العلاج

(اختياري) يرجى تحديد الفترة الزمنية و/ أو البرنامج (البرامج) للسجلات الصحية التي تطلب إمكانية الوصول إليها.

تواريخ الخدمة: _____ من: _____ البرنامج/البرامج: _____
 إلى: _____

المعلومات المطلوبة

يرجى تحديد أجزاء السجل الصحي التي تطلب إمكانية الوصول إليها.

- المخطط السريري بالكامل
 قائمة الأدوية
 نتائج فحوصات المختبر الفحص الصيدلي الجيني
 معلومات التشخيص
 غير ذلك:
- ملخصات الخروج
 تقييم الحالة العامة
 تقييم الصحة (العصبية) النفسية
 ملاحظات مناوابة المقيمين
- ملخصات إدارة الملفات
 ملخصات الطب النفسي / طبية
 ملخصات التدخل في الأزمات
 ملخصات تقدم العلاج النفسي

معلومات مقدم الطلب

إذا كنت تطلب إمكانية الوصول إلى السجلات الصحية نيابة عن الشخص المسجل في الخدمات، يُرجى ملء بياناتك أدناه.
 ملاحظة: يجب تقديم المستندات الداعمة لسلطتك القانونية للوصول إلى هذه السجلات الصحية، إذا لم تكن مقيدة في الملف بالفعل.
 اتركه فارغًا إذا كان لا ينطبق.

الاسم الأول: _____ الأوساط: _____ الاسم الأخير: _____
 المنظمة: _____ الصلة: _____

معلومات الاتصال

عنوان الشارع: _____ المدينة، الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
 البريد الإلكتروني: _____ هاتف: _____

تاريخ التوقيع

توقيع مقدم الطلب