

Patient Name: _____
DOB: ____/____/____
Medical Record Number: _____
Telephone Number: _____

طلب الاطلاع على
المعلومات الصحية

سيستخدم NYC Health + Hospitals هذا النموذج لتوثيق طلبك بالاطلاع على معلوماتك الصحية.

الاطلاع المطلوب: نسخ فحص في الموقع

التنسيق المطلوب: ورقي قرص مضغوط بريد إلكتروني غير ذلك: _____

طريقة الإصدار:

استلام / شخصيًا

إرسال بريد إلى: _____

المعلومات الموضحة أدناه مطلوبة لكل الطلبات

المعلومات التي يتم الاطلاع عليها:

المعلومات الصحية (التاريخ "التواريخ") تقارير الأشعة (التاريخ "التواريخ")

نتائج الفحص المخبري (التاريخ "التواريخ") ملاحظات التقدم (التاريخ "التواريخ")

سجلات الفواتير (التاريخ "التواريخ"): _____ السجل الطبي الكامل الخاص بي

غير ذلك (يُرجى التحديد): _____

لن يتم إصدار المعلومات التالية ما لم تحدد كل نوع منطبق أدناه على وجه التحديد:

معلومات اضطراب تعاطي المواد معلومات الصحة العقلية

معلومات الاختبار الوراثي المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)

أدرك أنني أتمتع بحق الاطلاع على معلوماتي الصحية بالشكل والتنسيق المطلوبين إذا كان يمكن إصدارها بسهولة بهذا الشكل والتنسيق، وإذا لم يكن بإمكان NYC Health + Hospitals إصدار هذه المعلومات الصحية بسهولة بالشكل والتنسيق المطلوبين، فسيتم تزويدي بنموذج نسخة ورقية مقروءة أو بشكل وتنسيق آخرين يتم الاتفاق عليهما بشكل متبادل.

أدرك أنه إذا طلبت الحصول على نسخة إلكترونية من معلوماتي الصحية، فسيتم توفيرها لي إذا كان يمكن إصدارها بسهولة بهذا الشكل والتنسيق، وإذا لم يكن ذلك ممكنًا، بشكل وتنسيق إلكتروني مقروء يتم الاتفاق عليهما بشكل متبادل.

أدرك أنه إذا طلبت الفحص في الموقع لمعلوماتي الصحية، فإن قسم إدارة المعلومات الصحية المعني يكون مسؤولاً عن تنسيق هذا الفحص بطريقة معقولة وفي الوقت المناسب.

أدرك أنه إذا طلبت الحصول على نسخ معلوماتي الصحية، فقد يتم فرض رسوم معقولة على أساس التكلفة نظير هذا الطلب وأن أي تقديرات للرسوم سيتم توفيرها لي قبل تطبيقها. أدرك أيضًا أنه لا يجوز استخدام عدم قدرتي على الدفع باعتبارها السبب الوحيد لرفض طلب اطلاعي على معلوماتي الصحية.

توقيع المريض أو الممثل الشخصي: _____ التاريخ / الوقت:

إذا لم تكن المريض، يجب كتابة الاسم والعنوان ورقم هاتف الممثل الشخصي بأحرف واضحة:

العلاقة / الصفة للتصرف نيابة عن المريض:

NAME OF EMPLOYEE PROCESSING REQUEST: _____

EMPLOYEE SIGNATURE: _____ DATE/TIME: _____



Request for Access to Health Information

Patient Name: _____

DOB: ____/____/____

Medical Record Number: _____

Telephone Number: _____

NYC Health + Hospitals will use this form to document your request for access to your health information.

Access Requested: Copies Onsite Inspection

Format Requested: Paper CD Email Other: _____

Method of Release:

Pickup/In Person E-mail to: _____

Mail to: _____

INFORMATION BELOW IS REQUIRED FOR ALL REQUESTS

Information to be Accessed:

Health Information (date(s)) _____ Radiology Reports (date(s)) _____

Laboratory Test Results (date(s)) _____ Progress Notes (date(s)) _____

Billing Records (date(s)): _____ My complete medical record

Other (please specify): _____

The following information will not be released unless you specifically select each applicable type below:

Substance Use Disorder Information Mental Health Information

Genetic Testing Information HIV-Related Information

I understand that I have the right to access my health information in the form and format requested if readily producible in such form and format, and that if NYC Health + Hospitals cannot readily produce such health information in the form and format requested, I will be provided a readable hard copy form or such other form and format as mutually agreed upon.

I understand that if I request an electronic copy of my health information, it will be provided to me if readily producible in such form and format, or if not, in a readable electronic form and format as mutually agreed upon.

I understand that if I request on-site inspection of my health information that the respective Health Information Management Department is responsible for coordinating such inspection in a reasonable and timely fashion.

I understand that if I request copies of my health information, I may be charged a reasonable cost-based fee for such request and that any fee estimates will be provided to me prior to being charged. I also understand that my inability to pay may not be used as the sole reason to deny a request to access my health information.

SIGNATURE OF PATIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE: _____

DATE/TIME: _____

IF NOT PATIENT, PRINT NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER OF PERSONAL REPRESENTATIVE: _____

RELATIONSHIP/AUTHORITY TO ACT ON BEHALF OF PATIENT: _____

NAME OF EMPLOYEE PROCESSING REQUEST: _____

EMPLOYEE SIGNATURE: _____ DATE/TIME: _____