

باستيفائك هذا النموذج، تمنح مجتمع (Community Dental, ODS) لخدمات طب الأسنان حق استخدام معلوماتك الصحية المحمية (Protected health information, PHI) ومشاركتها. يُرجى طباعة النموذج طباعة واضحة بالحبر الأسود أو الأزرق، واتباع التعليمات الواردة على ظهر النموذج لإعادته إلينا.

القسم 1: معلومات العضو (المريض)

الاسم	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	الرقم التعريفي (ID)
-------	-----------------------------	---------------------

القسم 2: التصريح

أفهم أن مجتمع ODS لخدمات طب الأسنان لديه PHI عني في إطار خدمات الأعضاء الممنوحة لي. وأمنح بموجب مجتمع ODS لخدمات طب الأسنان حق مشاركة هذه المعلومات مع الجهات التالية:

العلاقة	الاسم
العنوان	العلاقة
المدينة	العنوان
الولاية	العنوان
الرمز البريدي	العنوان

للغرض التالي (اختر سببًا):

- مناقشة جميع المعلومات المتعلقة بالتغطية الصحية والعلاج وعملية السداد.
- غرض آخر (يُرجى إضافة سبب آخر):

تشمل PHI ما يلي:

- السجلات الطبية
- بيان الفواتير
- تقارير الفحص بالأشعة
- التقارير المعملية
- سجلات الأسنان
- سجلات العلاج الطبيعي
- سجلات المستشفى (وتشمل سجلات التمريض وملاحظات تطور الحالة الصحية) وكذلك
- أي معلومات شخصية أو طبية متعلقة بالفرض من هذا التصريح.

لن نستخدم إلا التفاصيل الضرورية من PHI لتحقيق الغرض سالف الذكر. قد تسري بعض القوانين الأخرى إذا كانت PHI تتضمن أي من البنود المحددة أدناه. أفهم أن معلوماتي الصحية المحمية سيتم مشاركتها، وأوافق على مشاركتها فقط في حال تحديد أي من المربعات التالية:

- اختبار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز (AIDS) أو بيانات نتائج الاختبار والسجلات ذات الصلة
- معلومات الفحص الوراثي
- تحليل المخدرات/الكحول، أو البيانات العلاجية أو بيانات الإحالة ذات الصلة
- معلومات الصحة النفسية
- الصحة الإنجابية

أفهم أن بياناتي الصحية المحمية يمكن إعادة مشاركتها وتصبح غير محمية بموجب القانون الفيدرالي. رغم ذلك، فقد يضع القانون الفيدرالي أو قانون الولاية قيودًا على إعادة مشاركة بيانات الفحوصات أو النتائج المتعلقة بالمعلومات المحددة أعلاه.

يبقى هذا التصريح ساريًا حتى (اختر أي مما يلي) ما لم يُلغ التصريح:

□ التاريخ: _____ / _____ / _____ (لا يتجاوز 24 شهرًا اعتبارًا من تاريخ التوقيع)*

□ الحالة:

(تقتصر الحالة على 24 شهرًا كحد أقصى. تتضمن أمثلة الحالات غير المقبولة الممكن إدراجها "الوفاة" و "إنهاء وثيقة التأمين" و "الحين الإلغاء"، ويترتب عليها أن يصبح هذا التصريح لاغيًا).

*في حال عدم ذكر أي تاريخ (ترك الخانة فارغة)، تقتصر مدة التصريح على 24 شهرًا اعتبارًا من تاريخ التوقيع.

بالتوقيع أدناه، أقر أنني قد طالعت هذا التصريح واستوعبت ما به

توقيع الشخص	تاريخ التوقيع
X	

أو

توقيع ممثل الشخص	تاريخ التوقيع
X	
اسم الممثل مطبوعًا	العلاقة**

**يُرجى إرفاق الوثائق القانونية اللازمة إذا كنت الوصي أو الولي القانوني للعضو، أو كنت تحمل توكيلًا أو أي تفويض قانوني آخر عنه. يجب استيفاء جميع أقسام التصريح لضمان سريانه. يجب على العضو الاحتفاظ بنسخة من النموذج بعد استيفائه.

هل أنت مستعد للتقديم؟

أرسل هذا النموذج عبر البريد إلى:

ODS Community Dental, Privacy Office
601 SW Second Ave., Portland, OR 97204

هل لديك أي استفسارات؟ اتصل بخدمة عملاء مجتمع ODS لخدمات طب الأسنان على الرقم: 800-342-0526. (بالنسبة لمستخدمي TTY: اتصل بالرقم 711).

odscommunitydental.com/members

يجب على مجتمع ODS لخدمات طب الأسنان اتباع قوانين حقوق الإنسان والقوانين الفيدرالية السارية في الولاية. عند تقديم أي من خدماتنا أو برامجنا، لا نعامل أي فرد معاملة غير عادلة على أساس العمر أو اللون أو الإعاقة أو الهوية الجنسية أو الحالة الاجتماعية أو الأصل الوطني أو العرق أو الدين أو النوع أو التوجه الجنسي.

ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 888-788-9821 (TTY: 711).

注意：如果您說中文，可得到免費語言幫助服務。請致電 888-788-9821 聾啞人專用：711。