



التحويل بالإفصاح عن بيانات صحية محمية إلى طرف ثالث

Authorization to Release Protected Health Information
to a Third Party (Arabic)

Form content retained in medical record.
Route to HIMS Scanning.

**TO BE
SCANNED**

1. (أكمل الحقول أو ضع ملصق تعريف المريض هنا)
(complete fields or place patient label here)

اسم المريض (الأول، الأوسط، الأخير) Patient Name (First, Middle, Last)	
رقم الغرفة (إن أمكن) Room Number (if applicable)	تاريخ الميلاد (يوم-شهر-سنة) Birth Date (mm-dd-yyyy)
رقم الملف في مايو كلينك (Mayo Clinic) Mayo Clinic Number	

طاقف نيفظومل امدختسا / Staff Use Only

<input type="checkbox"/> ROI to Send Records	<input type="checkbox"/> Scan to Chart
<input type="checkbox"/> Information Released by LAN ID	Date (mm-dd-yyyy)

التعليمات: يجب استخدام هذا النموذج من قبل المريض أو الممثل القانوني للتحويل بالإفصاح عن المعلومات لطرف ثالث (بخلاف أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء) مثل شركة تأمين أو صاحب عمل أو لأية أغراض قانونية، إلخ.. يجب إكمال كل جزئيات هذا النموذج ليكون صالحًا.

Instructions: This form is to be used by a patient or legal representative to authorize the release of information to a third party (other than a family member or friend) such as an insurance company, employer, or for legal purposes, etc. Print clearly; each section needs to be completed to be valid.

2. معلومات إضافية عن المريض / Additional Patient Information

<input type="checkbox"/> حدد هذا المربع إذا كان المريض متوفياً. Check this box if patient is deceased.	الهاتف المتاح خلال النهار Daytime Phone	الاسم قبل الزواج (إن وجد) (الأول، الأوسط، الأخير/اسم العائلة/اللقب) Previous or Maiden Name (if applies) (First, Middle, Last)
		عنوان المريض (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي) Patient Address (Street, City, State, ZIP Code)

3. الغرض من الإفصاح / Release Purpose

ضع علامة في المربع المناسب أو اكتب غرضًا آخر. / Check appropriate box or write in other purpose.

<input type="checkbox"/> التأمين / Insurance	<input type="checkbox"/> إتمام النماذج / Forms completion	<input type="checkbox"/> العجز / Disability	<input type="checkbox"/> الرعاية المستمرة / Continuing care
<input type="checkbox"/> تعويضات العمال / Workers' compensation	<input type="checkbox"/> لأغراض قانونية / Legal	<input type="checkbox"/> أخرى، حدّد / Other, specify	

5. جهة تلقي المعلومات المُفصح عنها/ المرسله

Release/Send Information TO

حدد مربعًا واحدًا وأكمل، إن انطبق. / Check one box and complete if applicable.

مايو كلينك Mayo Clinic

القسم. / Dept. _____
لعناية. / Attn. _____
فاكس / Fax _____

أخرى، حدّد منظمة أو قسمًا أو فردًا (أكمل كل سطر أدناه)
Other, specify organization, department, or individual (complete each line below)

الشارع / Street _____
المدينة / City _____
الولاية / State _____ الرمز البريدي / ZIP Code _____
هاتف / Phone _____
فاكس / Fax _____

4. جهة الإفصاح عن المعلومات

Release Information FROM

حدد مربعًا واحدًا وأكمل، إن انطبق. / Check one box and complete if applicable.

Mayo Clinic

تشمل جميع مواقع مايو كلينك (Mayo Clinic) ومواقع نظام مايو كلينك (Mayo Clinic) الصحي

Mayo Clinic Includes all Mayo Clinic and Mayo Clinic Health System locations

أخرى، حدّد منظمة أو قسمًا أو فردًا (أكمل كل سطر أدناه)
Other, specify organization, department, or individual (complete each line below)

الشارع / Street _____
المدينة / City _____
الولاية / State _____ الرمز البريدي / ZIP Code _____
هاتف / Phone _____
فاكس / Fax _____

التحويل بالإفصاح عن بيانات صحية محمية إلى طرف ثالث (يُتبع)

Authorization to Release Protected Health Information
to a Third Party (Arabic) (continued)

(أكمل الحقول أو ضع ملصق تعريف المريض هنا)
(complete fields or place patient label here)

اسم المريض (الأول، الأوسط، الأخير) Patient Name (First, Middle, Last)
تاريخ الميلاد (يوم-شهر-سنة) Birth Date (mm-dd-yyyy)
رقم الملف في مايو كلينك (Mayo Clinic) Mayo Clinic Number

يسري هذا التحويل لمدة سنة واحدة من تاريخ التوقيع عليه ما لم يتم تحديد تاريخ آخر: _____
This authorization will expire in 1 year from date of signature unless another date is specified:

باختيار هذا المربع أسمح بالتبادل المستمر للمعلومات بين الأطراف المذكورة أعلاه حتى انتهاء صلاحية هذا التصريح أو إلغائه.
By checking this box I allow the ongoing exchange of information between the above parties until this authorization expires or is revoked.

باختيار هذا المربع أسمح أيضًا بالإفصاح عن السجلات للزيارات المستقبلية أو الإقامة في المشفى بعد تاريخ توقيعي حتى انتهاء صلاحية هذا التصريح أو إلغائه.
By checking this box I also authorize the release of records for future visits or stays after the date of my signature until this authorization expires or is revoked.

6. توصيل المعلومات / Delivery of Information

الطريقة المفضلة / Preferred Method	تاريخ الحاجة إلى المعلومات (شهر-يوم-سنة) Date Information Needed by (mm-dd-yyyy)
<input type="checkbox"/> نسخة مكتوبة (قد تشمل النماذج المكتملة) / Written copy (may include completed forms)	
<input type="checkbox"/> شفوية فقط / Verbal only	
سيتم إرسال المعلومات الخطية بالبريد ما لم يتم تحديد طريقة بديلة. / Written information will be mailed unless an alternate method is checked.	
بوابة المرضى الإلكترونية – خدمات مايو كلينك (Mayo Clinic) للمرضى عبر الإنترنت / Patient Portal – Mayo Clinic Patient Online Services	
<input type="checkbox"/> الفاكس (الرقم المذكور أعلاه في القسم 5) / Fax (number listed above in section 5)	
<input type="checkbox"/> عنوان البريد الإلكتروني / Email address	
<input type="checkbox"/> الحصول عليها من أحد مواقع مايو كلينك (Mayo Clinic)، حدد الموقع / Pick-up at a Mayo Clinic location, specify	
<input type="checkbox"/> عن طريق القرص المضغوط أو مشغل أسطوانات فيديو رقمية / CD/DVD	
<input type="checkbox"/> محرك أقراص USB محمول / USB flash/thumb drive	
<input type="checkbox"/> أخرى، حدّد / Other, specify	

7. السجلات أو التقارير المزمع الإفصاح عنها / Records or Reports to Be Released

الإطار الزمني للإفصاح عن المعلومات / Timeframe to Be Released	التاريخ (أو التواريخ) / Date(s)
_____ (شهر - يوم - سنة) / (mm-dd-yyyy)	_____ أو السنة (أو السنوات) / or Year(s)
_____ (سنة) / (yyyy)	_____
الوثائق/الملاحظات (أو التقارير) (يرجى تحديد كل ما ينطبق) / Document/Note(s) (check all that apply)	
<input type="checkbox"/> الملاحظات المكتوبة أو التقارير السلوكية الصحية/العقلية/النفسية / Behavioral health/Mental/Psychological notes	
<input type="checkbox"/> الملاحظات المكتوبة أو التقارير من قسم الطوارئ/الرعاية العاجلة / Emergency department/Urgent care notes	
<input type="checkbox"/> الملاحظات المكتوبة أو التقارير المتعلقة بالعمليات الجراحية/أو الإجراءات الطبية / Operative/Procedure notes	
<input type="checkbox"/> ملاحظات أو تقارير مقدم الرعاية / Provider notes	
<input type="checkbox"/> الملاحظات المكتوبة أو التقارير للعلاج (الجسدية والوظيفية وعلاج النطق والمخاطبة) / Therapy notes (physical, occupational, speech)	
<input type="checkbox"/> أخرى، يرجى التحديد / Other, specify	
أدرك أن المعلومات التي يتم إصدارها قد تشمل معلومات تتعلق بالسلوك و/أو رعاية الصحة العقلية/النفسية، ونتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشري. I understand the information to be released may include behavior and/or mental health care, and HIV test results.	

التحويل بالإفصاح عن بيانات صحية محمية إلى طرف ثالث (يُتبع)

Authorization to Release Protected Health Information
to a Third Party (Arabic) (continued)

(أكمل الحقول أو ضع ملصق تعريف المريض هنا)
(complete fields or place patient label here)

اسم المريض (الأول، الأوسط، الأخير) Patient Name (First, Middle, Last)
تاريخ الميلاد (يوم-شهر-سنة) Birth Date (mm-dd-yyyy)
رقم الملف في مايو كلينك (Mayo Clinic) Mayo Clinic Number

سجلات إضافية (يرجى تحديد كل ما ينطبق) / Additional Records (check all that apply)

- قائمة أسباب التحسس / Allergy list
- النتائج المختبرية / Laboratory results
- تقرير (أو تقارير) علم الأمراض (نتائج فحص العينات والأنسجة) / Pathology report(s)
- صورة (أو صور) فحوصات الأشعة، حدد الاختبار/ جزء (أجزاء) الجسم / Radiology image(s), specify exam(s)/body part(s)
- التطعيمات/التحصينات/اللقاحات / Immunizations
- نتيجة اختبار فيروس نقص المناعة البشري / HIV lab test results
- تخطيط كهربية القلب /فحص المجهود و تمارين القلب/فحص صدى القلب (الإيكو) / EKG(s)/Cardio/Echo
- قائمة الأدوية / Medication list
- الاختبارات الجينية/الوراثية / Genetic testing
- تقرير (أو تقارير) فحوصات صور الأشعة / Radiology report(s)
- بيانات فواتير السجلات المحددة / Billing information for records checked

سجلات علاج معاقرة الكحول والمخدرات والإدمان (يرجى تحديد كل ما ينطبق) / Substance Abuse and Addiction Treatment Records (check all that apply)

- دعوة مشاركة العائلة / Family participation invitation
- السجل الطبي والفحص البدني/السريري / History and physical exam
- أخرى، حدّد / Other, specify
- ملخص العلاج/ مغادرة المشفى / Treatment/Discharge summary
- التقييم / Assessment/Evaluation
- خطط العلاج / Treatment plans
- استبيان / Questionnaires
- الملحوظات المكتوبة أو التقارير متعددة التخصصات / Multidisciplinary notes

أخرى، يرجى التحديد، إن أمكن
Other, specify if applicable

8. التوقيع والتاريخ

The patient or legal representative must sign and date
this authorization.

يوقع المريض أو الممثل القانوني مع كتابة تاريخ التوقيع على هذا التصريح.

- This authorization may be revoked at any time by providing a written notice of revocation to the Health Information Management Services (HIMS) Release of Information (ROI) department at the facility releasing the information, except to the extent that the Providers have already taken action in reliance on it.
- Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by the Federal Privacy Law (42 CFR Part 2) (HIPAA).
- I understand that Mayo Clinic will not condition treatment on whether I sign this authorization.
- I may request a copy of the signed authorization.
- I may be charged for copies in accordance with state law.
- I have a right to inspect and receive a copy of the material to be disclosed.

Note: A patient (18 years or older) must authorize the release of their own information unless patient is incapacitated or deceased. If signing for a minor patient, I hereby state that my parental rights have not been revoked by a court of law. Specific situation(s) may require minor's authorization.

- يمكن إلغاء هذا التصريح في أي وقت من خلال تقديم إشعار خطي بالإلغاء إلى قسم الإفصاح عن المعلومات بنظام إدارة المعلومات الصحية (HIMS) في المؤسسة التي تقوم بالإفصاح عن المعلومات، باستثناء الحالات التي يكون مقدمو الخدمة قد اتخذوا إجراء بالفعل بالاستناد على هذا التصريح.
- المعلومات المستخدمة أو المُفصح عنها وفقاً لهذا التصريح قد تخضع لإعادة الإفصاح من قبل المستلم/المتلقي، وقد لا تظل محمية بموجب قانون الخصوصية الفيدرالي. (المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية، الباب الثاني) (قانون التأمين الصحي القابل للحمل والمساءلة)
- أدرك أن مايو كلينك (Mayo Clinic) لم ولن تشترط التوقيع على هذا التصريح لتقديم العلاج.
- قد أطلب نسخة من التصريح الموقع.
- قد يُطلب مني دفع مقابل مالي نظير الحصول على النسخ وفقاً لقانون الولاية.
- لدي الحق في استلام واستعراض نسخة من المواد التي سيتم الكشف/الإفصاح عنها.

ملحوظة: يجب على المريض الذي يبلغ من العمر (18 عاماً أو أكثر) التصريح بالإفصاح عن معلوماته الخاصة به بنفسه ما لم يكن المريض عاجزاً أو متوقفاً. في حال التوقيع نيابة عن مريض قاصر، فأنا بموجب هذا التوقيع أقر وأصرح قانونياً بأن حقوق الوالدية الخاصة بي لم تُلغها أية محكمة أو أحكام القانون. قد يتطلب في حالة/حالات (أو موقف/مواقف) محددة تحويل القاصر.

التحويل بالإفصاح عن بيانات صحية محمية إلى طرف ثالث (يُتبع)

Authorization to Release Protected Health Information
to a Third Party (Arabic) (continued)

(أكمل الحقول أو ضع ملصق تعريف المريض هنا)
(complete fields or place patient label here)

اسم المريض (الأول، الأوسط، الأخير) Patient Name (First, Middle, Last)
تاريخ الميلاد (يوم-شهر-سنة) Birth Date (mm-dd-yyyy)
رقم الملف في مايو كلينك (Mayo Clinic) Mayo Clinic Number

التاريخ (مطلوب) (شهر-يوم-سنة) Date (required) (mm-dd-yyyy)	التوقيع (مطلوب) Signature (required)
اسم الموقع بالكامل (في حال توقيع شخص غير المريض) (الأول، الأوسط، الأخير/اسم العائلة/اللقب) Printed Name of Person Signing (if not patient) (First, Middle, Last)	
صلة القرابة في حال لم تكن المريض (قد تكون الوثائق القانونية التي تتعلق بحق الوصول من قبل الفرد القائم بالتوقيع مطلوبة) Relationship if Not Patient (legal documentation of the right of access by the signing individual may be required)	
<input type="checkbox"/> والد/والدة / Parent <input type="checkbox"/> زوج الأم/زوجة الأب / Stepparent <input type="checkbox"/> الوصي القانوني / Legal guardian <input type="checkbox"/> الوالد/الوالدة بالتبني / Foster parent <input type="checkbox"/> توكيل الرعاية الصحية/ الوكيل / Health care power of attorney/agent <input type="checkbox"/> آخر / Other	

جهات الاتصال بقسم الإفصاح عن المعلومات بنظام إدارة المعلومات الصحية / HIMS* Release of Information Contact Information

أريزونا	فلوريدا	روشيستر	نظام مايو كلينك Mayo Clinic الصحي/ مينيسوتا	نظام مايو كلينك Mayo Clinic الصحي، ويسكونسن
13400 جادة إيست شي، سكوتدال، أريزونا 85259 الهاتف: 480-301-4211 فاكس: 480-301-7282	4500 طريق سان بابلو، جاكسونفيل، فلوريدا 32224 الهاتف: 904-953-2022 فاكس: 904-953-2242	200 فيرست ستريت إس دبليو، روشيستر، مينيسوتا 55905 الهاتف: 507-284-4595 فاكس: 507-284-0161	1025 شارع مارش، مانتكاتو، مينيسوتا 56001 الهاتف: 507-594-2621 فاكس: 507-422-0902	1400 شارع بيلينجر أوكليير، ويسكونسن 54703-5211 الهاتف: 715-838-6395 فاكس: 715-838-3058
Arizona 13400 East Shea Boulevard Scottsdale, AZ 85259 Phone 480-301-4211 Fax 480-301-7282	Florida 4500 San Pablo Road Jacksonville, FL 32224 Phone 904-953-2022 Fax 904-953-2242	Rochester 200 First Street SW Rochester, MN 55905 Phone 507-284-4594 Fax 507-284-0161	MCHS MN 1025 Marsh Street Mankato, MN 56001 Phone 507-594-2621 Fax 507-422-0902	MCHS WI 1400 Bellinger Street Eau Claire, WI 54703-5211 Phone 715-838-6395 Fax 715-838-3058

تنبيه: في حالة إرسال سجلات إلى مايو كلينك (Mayo Clinic)،

يجب إرسال السجلات عبر رقم الفاكس الموضح في الجزء 5 على الصفحة 1.

Reminder: If sending records TO Mayo Clinic, fax records to number indicated in section 5 on page 1.

*خدمات إدارة المعلومات الصحية

*Health Information Management Services