



PLEASE PRINT PATIENT INFORMATION

اسم العائلة:	الاسم الأول:	الاسم الأوسط:
LAST NAME:	FIRST NAME:	MIDDLE:
الاسم عند بدء العلاج (إذا كان مختلفًا عما سبق)		
Name at Time of Treatment (If different than above)		
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):	رقم الهاتف:	البريد الإلكتروني (اختياري):
Date of Birth (MM/DD/YYYY):	Phone:	Email (optional):
عنوان الشارع:	المدينة والولاية:	الرمز البريدي:
Street Address:	City & State:	Zip Code:

موقع (مواقع) الخدمة (ضع علامة فقط على الأماكن التي تتلقى فيها الخدمات):

LOCATION(S) OF SERVICE (check only those where you received services):

Mount Sinai Hospital <input type="checkbox"/>	Mount Sinai Beth Israel <input type="checkbox"/>
New York Eye and Ear Infirmary at Mount Sinai <input type="checkbox"/>	Mount Sinai Queens <input type="checkbox"/>
Mount Sinai Brooklyn (معروفة أيضًا بـ Kings Highway) <input type="checkbox"/>	Mount Sinai West (معروفة أيضًا بـ Roosevelt) <input type="checkbox"/>
Mount Sinai Union Square <input type="checkbox"/>	Mount Sinai St. Luke's <input type="checkbox"/>
أخرى - يرجى تحديد: <input type="checkbox"/>	Mount Sinai Chelsea <input type="checkbox"/>
	Mount Sinai Doctors Faculty Practice <input type="checkbox"/>
Staten Island <input type="checkbox"/>	Bronx/Westchester <input type="checkbox"/>
Brooklyn <input type="checkbox"/>	Manhattan/Queens <input type="checkbox"/>
	Long Island <input type="checkbox"/>

يرجى إكمال المعلومات ووضع علامة على كل المربعات التي تنطبق

PLEASE FILL IN INFORMATION AND CHECK ALL BOXES THAT APPLY

Location(s) of Service	تاريخ (تواريخ) الخدمة Date(s) of Service	السجلات/المعلومات المطلوبة Records/Information Requested
Inpatient Visit(s):		<input type="checkbox"/> زيارة (زيارات) المريض الداخلي: <input type="checkbox"/> ملخص الخروج من المستشفى <input type="checkbox"/> Discharge Summary <input type="checkbox"/> التقرير الجراحي <input type="checkbox"/> Operative Report <input type="checkbox"/> السجل بالكامل <input type="checkbox"/> Entire Record <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> جراحة اليوم الواحد <input type="checkbox"/> Ambulatory Surgery <input type="checkbox"/> التقرير الجراحي <input type="checkbox"/> Operative Report <input type="checkbox"/> السجل بالكامل <input type="checkbox"/> Entire Record <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> قسم الطوارئ <input type="checkbox"/> Emergency Department (ER) <input type="checkbox"/> عيادة أطباء المرضى الخارجيين <input type="checkbox"/> Outpatient Physician Office <input type="checkbox"/> اسم مقدم الرعاية <input type="checkbox"/> Provider Name <input type="checkbox"/> عيادة المرضى الخارجيين <input type="checkbox"/> Outpatient Clinic <input type="checkbox"/> اسم العيادة <input type="checkbox"/> Clinic Name
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	

نتائج الاختبار:

Test Results:

تقارير القسطرة القلبية تقارير الأشعة
 Cardiac Cath Reports Radiology Reports
 أفلام أشعة القسطرة القلبية صور الأشعة
 Cardiac Cath Films Radiology Images

Laboratory

المعمل/المختبر

تقارير الباثولوجي شرائح تحاليل الباثولوجي
 Pathology Reports Pathology Slides

أخرى

Other

do not include HIV-related information تقديم
 do not include Alcohol and Drug Abuse records تقديم
 do not include Psychiatric Records تقديم
 do not include Genetic Testing Results تقديم

السجلات المطلوب الإفصاح عنها:

Records to be disclosed:

do include
 do include
 do include
 do include

Authorizing release of records to:

التصريح بالكشف عن السجلات إلى:

مقدم الرعاية الصحية شركة التأمين أو من ينوب عنه المحكمة
 Healthcare Provider Insurance Company or Designee Court
 إنفاذ القانون صاحب العمل المحامي
 Law Enforcement Employer Attorney
 أخرى:

الاسم:

Name:

العنوان:

Address:

سبب الإفصاح

طلب المريض

Patient Request

طلب الحصول على المخصصات

Benefits Application

أخرى:

Other:

Reason for Disclosure

PLEASE CHECK REQUESTED FORMAT/MODE OF DELIVERY

يرجى وضع علامة على شكل/وسيلة التوصيل المطلوبة

ورقي/بريد عادي ورق/بريد عادي **PDF/EMAIL: Email to send record to (REQUIRED):**
 بريد إلكتروني: البريد الإلكتروني المطلوب إرسال السجل إليه **DISC/MAIL** **PAPER/MAIL**
 (مطلوب):

ولن نشترط علاجاً أو دفعاً سواء قمت بالتوقيع على هذا التصريح أم لا. إلا أنك إذا رفضت التوقيع، فلن نقوم بالكشف عن سجلاتك.

أفهم أن هذا التصريح صالح لمدة عام واحد من هذا التاريخ أو حتى _____ وقد أقوم بالغائه في أي وقت باستثناء الإجراءات التي اتخذتها Mount Sinai بالفعل بناءً على تصريحتي. وأفهم أن طلبات الحصول على نسخ السجلات الطبية تخضع لتطبيق رسوم إعادة الإنتاج التي تسمح بها القوانين واللوائح، وستتاح لي فرصة تعديل طلبي أو سحبه إذا لم تكن لدي رغبة في دفع هذه الرسوم.

فهم محدد

أفهم أن هذه الموافقة قد تتضمن الإفصاح عن سجلات إدمان الكحول والمخدرات و/أو السجلات النفسية و/أو المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) (مما يشير إلى أنني خضعت لاختبار يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، أو أعاني من عدوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو مرض يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو الإيدز (AIDS)، أو قد يشير إلى أنني من المحتمل أن أتعرض لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)).

إذا صرحت بالكشف عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS)، أو علاج إدمان الكحول أو المخدرات، أو علاج الصحة العقلية، فيُحظر على المستلم (المستلمين) إعادة الإفصاح عن المعلومات دون تصريح مني ما لم يُسمح بفعل ذلك بموجب قانون الولاية والقانون الفيدرالي. ويحق لي أيضاً طلب قائمة بالأشخاص الذين قد يتلقون أو يستخدمون المعلومات الخاصة بي المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) دون تصريح. إذا تعرضت للتمييز نتيجة الكشف عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو الإفصاح عنها، فإنه يمكنك الاتصال بإدارة حقوق الإنسان بولاية نيويورك (New York State Division of Human Rights) على الرقم (212) 480-2493 / (800) 523-2437 أو لجنة حقوق الإنسان بمدينة نيويورك (New York City Commission on Human Rights) على الرقم (212) 306-7450.

وبتوقيع نموذج التصريح هذا، فإنني أصرح باستخدام أو الإفصاح عن معلوماتي الصحية المحمية وفقاً لما هو موصوف أعلاه. وقد يُعاد الإفصاح عن هذه المعلومات إذا لم يطالب القانون المستلم (المستلمين) -وفقاً لما هو موصوف في هذا النموذج- بحماية خصوصية معلومات المريض، ولم تعد هذه المعلومات محمية بموجب لوائح خصوصية المعلومات الصحية الفيدرالية.

	التاريخ: _____ Date: _____	توقيع المريض: _____ Patient Signature: _____
(يجب على الممثل الشخصي التوقيع إذا كان المريض قاصرًا أو غير قادر على التوقيع بنفسه) Personal Representative (Personal Representative to sign only if patient is a minor or unable to sign on his/her behalf)		
	الاسم بأحرف واضحة: _____ Print Name: _____	التوقيع: _____ Signature: _____
	رقم الهاتف: _____ Tel. No: _____	السلطة: _____ Authority: _____
	التاريخ: _____ Date: _____	العنوان: _____ Address: _____

أرسل نموذجًا كاملاً إلى المنطقة الأكثر ملاءمة المدرجة أدناه		
رقم الهاتف	العنوان	الموقع
212-241-7607	The Mount Sinai Hospital HIM/Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111 New York, NY 10029	The Mount Sinai Hospital
718-808-7683	Mount Sinai Queens HIM/Medical Records 30 10-25th Avenue Long Island City, NY 11102	Mount Sinai Queens
212-420-2665 x-0	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management First Avenue at 16th Street New York, NY 10003	Mount Sinai Beth Israel
718-951-2806	Mount Sinai Brooklyn Health Information Management 3201 Kings Highway Brooklyn, NY 10025	Mount Sinai Brooklyn
الممارسة الفردية	أرسل الطلبات مباشرة إلى إدارة الممارسة - اتصل بإدارة الممارسة للحصول على معلومات العنوان أو Mount Sinai Doctors Faculty Practice – Medical Records 1 Gustave L. Levy Place, Box 1111 New York, NY 10029	Mount Sinai Doctors Faculty Practice
212-844-5275	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management First Avenue at 16th Street New York, NY 10003 Attn: Outpatient Team	Mount Sinai Union Square
212-523-3265	Mount Sinai St. Luke's Health Information Management 1111 Amsterdam Avenue New York, NY 10025	Mount Sinai St. Luke's
212-523-6623	Mount Sinai West Health Information Management 1000 Tenth Avenue New York, NY 10019	Mount Sinai West
212-604-6045	Mount Sinai Downtown Chelsea Health Information Management 325 West 15th Street New York, New York 10011	Mount Sinai Chelsea
212-979-4352	New York Eye and Ear Infirmary Medical Records 310 East 14th Street New York, NY 10003	New York Eye and Ear Infirmary