

بيكر فكتوري سيرفيسيز  
Baker Victory Services  
Continuing Father Baker's Legacy of Caring

موافقة على إستعمال والكشف عن معلومات صحية محمية للمعالجة،  
الدفع وعمليات الرعاية الصحية

القسم أ:

إسم الزبون/صاحب العلاقة: \_\_\_\_\_ رقم التعريف بالزبون/صاحب العلاقة: \_\_\_\_\_

أسمح أنا الموقع/ة أدناه بإستعمال معلوماتي الصحية المحمية من قبل المكتب المذكور أدناه ومن قبل موظفي المكتب والمتعاملين معهم بصفة زمالة بنفس الأعمال وذلك من أجل المعالجة، الدفع وعمليات الرعاية الصحية.

إسم المكتب الذي سيستعمل المعلومات ويكشف عنها:

بيكر فكتوري دننال سنتر \_\_\_\_\_

عنوان المكتب: ٧٩٠ ريدج رود  
لاكواانا، نيويورك ١٤٢١٨

القسم ب: معلومات هامة خاصة بهذه الموافقة:

١. أنا أعلم بأن قوانين نيويورك تطلب موافقتي قبل أن يُسمح للمكتب بإستعمال أو الكشف عن معلوماتي الصحية للمعالجة، الدفع أو عمليات الرعاية الصحية.

٢. أنا أعلم بأنه سيتم إستعمال أو الكشف عن هذه المعلومات من قبل المكتب لـ:

- ◆ التخطيط لرعايتي وعلاجي؛
- ◆ الإتصال مع جميع المهنيين في مجال الرعاية الصحية الذين يشاركون في رعايتي الصحية وعلاجي؛
- ◆ الحصول على المدفوعات مقابل الرعاية التي قدمها المكتب؛
- ◆ إعطاء المعلومات إلى شركة أو برنامج تأميني صحي؛
- ◆ الحصول على المدفوعات من تأميني أو برنامجي الصحي؛ و
- ◆ تقييم ومراجعة جودة رعايتي الصحية.

VII.12.6-1

مكتب دامون موري القانوني  
Damon Morey LLC

٣. أنا أعلم بأنه مطلوب مني التوقيع على الموافقة لكي أستطيع الحصول على الرعاية من المكتب وأنه يمكن للمكتب أن يشترط أن تعتمد معالجاتي على حصوله على موافقتي على إستعمال الكشف عن معلوماتي الصحية المحمية، للمعالجة، الدفع وعمليات الرعاية الصحية.

٤. أنا أعلم بأن المعلومات الإضافية عن إستعمالات المكتب وكشفه عن معلوماتي الصحية المحمية للمعالجة، الدفع وعمليات الرعاية الصحية متضمنة في إشعار المكتب لممارسات الخصوصية.

#### التوقيع

لقد قرأت وفهمت مصطلحات هذه الموافقة. وأتيت لي الفرصة للسؤال والإستفهام عن إستعمال أو كشف معلوماتي الصحية المحمية.

توقيع الزبون/صاحب العلاقة أو الممثل الشخصي: \_\_\_\_\_  
اكتب بوضوح إسم الزبون/صاحب العلاقة أو الممثل الشخصي: \_\_\_\_\_  
صفة سلطة الممثل الشخصي: \_\_\_\_\_  
التاريخ: \_\_\_\_\_

#### معلومات الإتصال

معلومات الإتصال للشخص الممثل الذي وقع هذه الإستمارة:

العنوان: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

هاتف: \_\_\_\_\_ (في النهار) \_\_\_\_\_ (في المساء)

#### لإستعمال المكتب فقط

#### لإستعمال المكتب فقط

تاريخ حصول المكتب على الموافقة: \_\_\_\_\_

إسم ووظيفة الشخص الذي حصل على الموافقة: \_\_\_\_\_  
نوع الإجراء الذي إتخذه المكتب بهذه الموافقة: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VII.12.6-2

مكتب دامون موري القانوني  
Damon Morey LLC