



Health Share of Oregon

تصريح بالإفراج عن معلومات صحية شخصية

أنا، _____، أعطي للشخص/الأشخاص التالي أسماءهم الإذن بالتواصل مع مؤسسة Health Share of Oregon فيما يتعلق بأموري الطبية. كما أعطي الإذن لمؤسسة Health Share of Oregon بمناقشة البيانات الشخصية الخاصة بي، وتتضمن العنوان، رقم الهاتف، رقم معرف العضو، بيانات برنامج الرعاية الصحية، التواريخ السارية للتحقق من المعلومات و/أو إجراء أية تحديثات وتغييرات ضرورية.

يُرجى استكمال (طباعة) السطور التالية.

(الاسم)	(صلة القرابة)
(الاسم)	(صلة القرابة)

أدرك أنني لا أعطي الإذن بمناقشة أي من بياناتي لأي غرض خلاف الأغراض المذكورة أعلاه. وأدرك أن مؤسسة Health Share of Oregon قد تتواصل فقط مع الشخص/الأشخاص المذكورين أعلاه ما لم يتم استكمال نموذج آخر أو أن تكون هذه البيانات مطلوبة بشكل خاص بموجب القانون.

أدرك أن هذا النموذج مُخصص للاستخدام من قِبل مؤسسة Health Share of Oregon فقط، وقد يُطلب مني إرسال إصدارات إضافية إلى مؤسسات أخرى تُشارك في الرعاية الصحية الخاصة بي.

هذا الإصدار يظل ساريًا لمدة عام واحد من تاريخ توقيعه.

X	توقيع العضو
	التاريخ

رقم تعريف العضو ببرنامج الرعاية الصحية بولاية أوريغون

X	توقيع الوالد أو الوصي أو الممثل القانوني إذا كان العضو قاصرًا (حدد علاقتك بالمريض)
	التاريخ

يُرجى إعادة هذا المستند إلى مؤسسة Health Share of Oregon بإحدى الطرق التالية:

الفاكس: 503-459-5749

البريد الإلكتروني: info@healthshareoregon.org

البريد: 97201 أو 2121 Sw Broadway, Ste 200, Portland