

سحب الموافقة على الإفصاح عن المعلومات

اسم العائلة للمريض	الاسم الأول	الحرف الأول من اسمه الأوسط
رقم الحالة		
المرفق	الوحدة	

الإرشادات: تُمنح نسخة من النموذج إلى المريض! يتم إعداد نسخة واحدة (1) لسجل الحالة الخاص بالمريض.

الإفصاح عن المعلومات بموافقة المريض

الاسم أو المسمى الوظيفي للشخص أو المؤسسة التي تم تفويضها بالإفصاح عن المعلومات إلى:
الاسم أو المسمى الوظيفي للشخص أو المؤسسة المنوط بها الإفصاح عن المعلومات من:
تاريخ التفويض الأصلي

أنا، الموقع أدناه، أسحب تفويضي بالإفصاح عن المعلومات للفرد/المؤسسة المذكورة أعلاه. إلا بالقدر الذي تم فيه بالفعل اتخاذ إجراء بالاعتماد عليها.

أفهم أن البرنامج بشكل عام قد لا يشترط تقديم العلاج لي استنادًا إلى موافقتي على التوقيع على نموذج الموافقة من عدمه، ولكن في ظروف محدودة معينة، قد يتم رفض علاجي إذا لم أوقع على نموذج الموافقة أو أسحب موافقتي. وأدرك أيضًا أنه قد تكون ثمة عواقب إذا سحبت الموافقة على الإفصاح عن المعلومات التي قدمتها لسلطة قانونية تتطلب هذه الموافقة كشرط أو لغرض الإفصاح عن المعلومات أو المراقبة أو الإفراج المشروط. لقد تلقيت نسخة من هذا النموذج استنادًا إلى توقيعي أدناه.

(توقيع الوالد/الوصي، عند طلبه)

(توقيع المريض)

(كتابة اسم الوالد/الوصي بحروف واضحة)

(كتابة اسم المريض بحروف واضحة)

(التاريخ)

(التاريخ)