

طلب المريض الخاص بالحصول على المعلومات الطبية
PATIENT ACCESS REQUEST FOR MEDICAL INFORMATION



Mount
Sinai

يرجى كتابة معلومات المريض بأحرف واضحة

PLEASE PRINT PATIENT INFORMATION

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

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 أيضاً بـ Kings Highway) <input type="checkbox"/>	Mount Sinai West (معروفة أيضاً 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"/>
Staten Island <input type="checkbox"/>	Mount Sinai Doctors Faculty Practice <input type="checkbox"/>
Bronx/Westchester <input type="checkbox"/>	Manhattan/Queens <input type="checkbox"/>
Brooklyn <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"/> السجل الطبي بالكامل <input type="checkbox"/> زيارة (زيارات) المريض الداخلي: <input type="checkbox"/> ملخص الخروج من المستشفى <input type="checkbox"/> التقرير الجراحي <input type="checkbox"/> جراحة اليوم الواحد <input type="checkbox"/> قسم الطوارئ <input type="checkbox"/> عيادة أطباء المرضى الخارجيين <input type="checkbox"/> Outpatient Physician Office <input type="checkbox"/> اسم مقدم الرعاية <input type="checkbox"/> عيادة المرضى الخارجيين <input type="checkbox"/> اسم العيادة <input type="checkbox"/> مجموعة السجلات المعينة <input type="checkbox"/> نتائج الاختبار: <input type="checkbox"/> تقارير القسطرة القلبية <input type="checkbox"/> تقارير الأشعة <input type="checkbox"/> Radiology Reports <input type="checkbox"/> صور الأشعة <input type="checkbox"/> Radiology Images <input type="checkbox"/> Cardiac Cath Reports <input type="checkbox"/> أفلام أشعة القسطرة القلبية <input type="checkbox"/> Cardiac Cath Films <input type="checkbox"/> أخرى
Laboratory	<input type="checkbox"/> تقارير الباثولوجي <input type="checkbox"/> شرايح تحاليل الباثولوجي <input type="checkbox"/> Pathology Reports <input type="checkbox"/> Pathology Slides	<input type="checkbox"/> المعمل/المختبر <input type="checkbox"/> Other
Other:	<input type="checkbox"/> مخصصات <input type="checkbox"/> استمرار العلاج <input type="checkbox"/> Self	<input type="checkbox"/> الغرض من الطلب: Purpose of Request:

PLEASE CHECK REQUESTED FORMAT/MODE OF DELIVERY

فحص/معاينة في الموقع ONSITE INSPECTION	<input type="checkbox"/>	تسليم/التقاط PICKUP	<input type="checkbox"/>	البريد العادي MAIL	<input type="checkbox"/>	تسليم/التقاط PICKUP	<input type="checkbox"/>	البريد العادي MAIL	<input type="checkbox"/>	ورقي: PAPER:
										الالكتروني: ELECTRONIC:
										PDF/بريد إلكتروني: البريد الإلكتروني المطلوب إرسال السجل إليه (مطلوب): PDF/EMAIL: Email to send record to (REQUIRED):

يستجيب نظام Mount Sinai Health لطلبات المريض الخاصة بالحصول على المعلومات الطبية وفقاً لقوانين HIPAA (إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة) و NYS (ولاية نيويورك). ولن نشترط علاجاً أو دفعاً سواء قمت بالتوقيع على هذا التصريح أم لا. إلا أنك إذا رفضت التوقيع، فلن نقوم بالكشف عن سجلاتك.

فهم المريض وتوقيعه

بالتوقيع أدناه، أطلب Mount Sinai Health بمنحي حق الحصول على معلوماتي الصحية بالطريقة الموصوفة أعلاه. 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.

توقيع المريض أو ممثله الشخصي:

التاريخ:

Date:

Signature of Patient or Personal Representative:

(يجب على الممثل الشخصي التوقيع إذا كان المريض قاصراً أو غير قادر على التوقيع بنفسه)

(Personal Representative to sign only if patient is a minor or unable to sign on his/her own behalf)

اسم الممثل الشخصي بأحرف واضحة:

العلاقة/السلطة:

Relationship/Authority:

Personal Representative Print Name:

العنوان:

رقم الهاتف:

Telephone Number:

Address:

أرسل نموذجاً 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 Amsterdam Avenue 1111 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