

## طلب العميل للاطلاع على/فحص المعلومات الصحية إدارة الصحة النفسية في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDMH)

العميل(ة):

رقم تعريف العميل(ة)

تاريخ ميلاد العميل(ة)

اسم العميل(ة)

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

عنوان الشارع

☐ طلب للاطلاع على معلوماتي الصحية وفحصها "في الموقع"

☐ طلب إرسال معلوماتي الصحية عبر البريد الإلكتروني

☐ طلب إرسال معلوماتي الصحية عبر البريد

☐ طلب استلام النسخ الورقية على العنوان:

المعلومات المطلوب الاطلاع عليها أو فحصها:

☐ التقييم/التقدير

☐ نتائج الاختبارات النفسية

☐ التشخيص

☐ النتائج المعملية

☐ الأدوية

☐ ملاحظات العلاج/تقدّم الحالة

☐ السجلات الكاملة

☐ أخرى (يُرجى التحديد):

☐ طلب جميع برامج الخدمة

☐ طلب برنامج خدمة مُحدّد

(يُرجى التحديد)

فترة الفحص: أطلب الحصول على معلومات تتعلق بالفترة الزمنية التالية:

من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_  
الشهر      اليوم      السنة      الشهر      اليوم      السنة

ملخص الطلب المتعلق بالمعلومات الصحية المطلوبة ☐

## طلب العميل للاطلاع على/فحص المعلومات الصحية إدارة الصحة النفسية في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDMH)

حقوقك المتعلقة بهذا الطلب للاطلاع على المعلومات:

الحق في استلام نسخة من هذا الطلب – أفهم أنه يجب تزويدي بنسخة مُوقَّعة من هذا النموذج.

الحق في طلب مراجعة قرار رفض الاطلاع على المعلومات – أفهم أن إدارة الصحة النفسية (DMH) قد ترفض طلبي للاطلاع على معلوماتي الصحية، كلياً أو جزئياً. إذا تم رفض طلبي للاطلاع على المعلومات، فإنه يمكنني طلب مراجعة هذا القرار من خلال تقديم **طلب مراجعة قرار رفض الاطلاع على المعلومات**. في معظم الحالات، ستقوم إدارة الصحة النفسية (DMH) بتعيين أحد مُقَمِّي الرعاية الصحية ممن لم يشارك بشكل مباشر في قرار رفض الوصول، لإجراء مراجعة ثانية لطلبك.

توقيع العميل(ة): \_\_\_\_\_

أو

توقيع الممثل(ة) الشخصي(ة): \_\_\_\_\_

إذا تم التوقيع من قِبَل شخص آخر غير العميل، فيرجى توضيح العلاقة والسلطة التي تُخَوِّله لذلك:

التاريخ: \_\_\_\_\_  
الشهر      اليوم      السنة

طلب العميل للاطلاع على/فحص المعلومات الصحية  
إدارة الصحة النفسية في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDMH)

نوع/أنواع إثبات الهوية المُقدَّمة:

☐ رخصة القيادة الصادرة عن الولاية

☐ بطاقة الهوية الصادرة عن الولاية

☐ شهادة الميلاد

☐ بطاقة الهوية العسكرية

☐ معلومات أخرى (يُرجى ذكر التفاصيل)

المنشأة الصحية:

الممارس:

التاريخ:

الشهر / اليوم / السنة

للحصول على مزيد من المعلومات بشأن حقوقك المتعلقة بخصوصية معلوماتك الصحية، اطلب من فريق العلاج الحصول على نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية. يمكنك أيضًا الحصول على نسخة من خلال زيارة موقعنا الإلكتروني على: <https://dmh.lacounty.gov/our-services/consumer-and-family-affairs/privacy> أو عبر إرسال طلب كتابي إلى العنوان التالي:

Office of Patient's Rights  
Los Angeles County Department of Mental Health  
510 S. Vermont Ave., 21st Floor  
Los Angeles, CA 90020

الهاتف: (800) 700-9996 الفاكس: (213) 330-0285

نشكركم على منحنا هذه الفرصة لخدمتكم والمساهمة في تحسين دقة معلوماتكم الصحية وشمولها. نتطلع إلى مواصلة تلبية احتياجاتكم في الرعاية الصحية.