

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:

التشخيص

نتائج الاختبارات النفسية

التقييم/التقدير

ملاحظات العلاج/تقديم الحالة

الأدوية

النتائج المعملية

السجلات الكاملة

أخرى (يرجى التحديد):

طلب جميع برامج الخدمة

طلب برنامج خدمة محددة

(يرجى التحديد)

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

من _____ / _____ / _____ إلى _____ / _____ / _____
 الشهر السنة اليوم الشهر السنة 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 موقعة 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 مُقْمِمي الرعاية الصحية منمن 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 قبل شخص آخر غير العميل، فيرجى توضيح العلاقة والسلطة التي تُخوله ذلك:

التاريخ: _____ / _____ / _____
 الشهر السنة اليوم

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

نوع/أنواع إثبات الهوية المقدمة:

رخصة القيادة الصادرة عن الولاية

بطاقة الهوية الصادرة عن الولاية

شهادة الميلاد

بطاقة الهوية العسكرية

معلومات أخرى (يرجى ذكر التفاصيل)

المنشأة الصحية: _____

الممارس: _____
 التاريخ: _____ / _____ / _____
 السنة الشهر اليوم

للحصول على مزيد من المعلومات بشأن حقوقك المتعلقة بخصوصية معلوماتك الصحية، اطلب من فريق العلاج الحصول على نسخة من [\[شعار ممارسات الخصوصية\]](#). 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**

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

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