

لديك الحق في طلب إجراء تعديل على معلوماتك الصحية بموجب القانون الفيدرالي. ويعني ذلك أنه إذا رأيت شيئاً في سجلاتك الصحية تعتقد أنها غير دقيقة أو غير مكتملة، فيمكنك طلب إضافة معلومات جديدة تصحح السجل أو تكمله.

ما الذي تتوقعه إذا طلبت إجراء تعديل على معلوماتك الصحية:

- سيُطلب منك إكمال نموذج الطلب المرفق والتوقيع عليه، وتقديم معلومات محددة ومفصلة ليتم تصحيحها. أرسل طلبك إلى:

PeaceHealth

Health Information Management, Dept #336

1115 SE 164th Ave

Vancouver WA 98683-9324

الفاكس: 541-242-8046

- سيفحص موظفونا سجلاتك وقد يتشاورون مع طبيبك وغيره من المشاركين في تقديم الرعاية والعلاج لك.
- سوف تتلقى ردًا منا في غضون 10 أيام في واشنطن و 60 يومًا في أوريغون أو ألاسكا.

إذا تمت الموافقة على طلبك، فسوف نقوم بما يلي:

- سنخبرك كتابيًا.
- سنقوم بتضمين التعديل في جميع الإصدارات المستقبلية من معلوماتك الصحية للأفراد والمؤسسات المصرح لها مثل مقدمي الرعاية الصحية ومرافق الرعاية الصحية وشركات التأمين.
- سنبلغ الأفراد و/أو المؤسسات التي كشفنا لها عن المعلومات المعدلة في السابق. سنسألك أيضًا إذا كنت تريد منا إبلاغ أي شخص آخر بذلك.

يجوز لنا رفض طلبك لأي سبب من الأسباب التالية:

- إذ وجدنا المستندات دقيقة وكاملة.
- المعلومات التي تطلب تعديلها لم يتم إنشاؤها بواسطة PeaceHealth ولا يمكن تعديلها بواسطة PeaceHealth.
- لا تعتبر المعلومات التي تطلب تعديلها جزءًا من "مجموعة السجلات المخصصة" (المعلومات المستخدمة لاتخاذ قرارات حول رعايتك أو علاجك أو الدفع مقابل رعايتك وعلاجك).
- المعلومات التي تطلب تعديلها غير متاحة عادةً لفحصك بموجب القانون.

إذا تم رفض طلبك:

- سنرسل طلب التعديل ورفضنا في أي من الإصدارات المستقبلية من معلوماتك الصحية للأفراد والمؤسسات المصرح لها مثل مقدمي الرعاية الصحية ومرافق الرعاية الصحية وشركات التأمين.
- يمكنك إرسال بيان كتابي إلينا بعدم الموافقة على الرفض.
- يُمكنك تقديم شكوى لدى PeaceHealth. أرسل الشكوى إلى
Organization Integrity at PeaceHealth, 1115 SE 164th Ave, Vancouver WA 98683-9324 أو
اتصل على 877-261-8031.

- يُمكنك تقديم الشكوى لدى المكتب الفيدرالي للحقوق المدنية (Federal Office for Civil Rights) على

800-368-1019 أو <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

تُرسَل هذه الصفحة إلى المريض – لا تقم بالمسح الضوئي في السجل

For PeaceHealth Office Use Only:

لاستخدام مكتب PeaceHealth فقط:

Date Received: _____

Received by: _____

Date Completed: _____

Extension Needed: ☐ Yes ☐ No

اسم المريض _____

تاريخ الميلاد _____

العنوان _____

المدينة، الولاية، الرمز البريدي _____

رقم الهاتف _____

رقم السجل الطبي _____

وصف المعلومات الصحية التي تطلب تعديلها.

يجب أن تشمل جميع طلبات التعديل على تاريخ العلاج ومعلومات محددة مطلوب تغييرها. إذا أمكن، يرجى إرفاق مع هذا الطلب نسخ من المعلومات المحددة المطلوب تعديلها.

تاريخ الزيارة/الخدمة	نوع المستند (ملاحظات التقدم، ملاحظات الرعاية في قسم الطوارئ "ED"، السجل والفحص البدني "H&P"، ملخص تصريح الخروج، ما إلى ذلك)	اسم مقدم الرعاية

ما سبب تقديم طلب التعديل هذا:

تبدو المعلومات التالية غير دقيقة أو غير كاملة:

يرجى توضيح كيف أن المُدخل غير دقيق أو غير كامل. ما الذي ينبغي أن يخبره المُدخل ليكون دقيقًا أو كاملاً:

أدرك أنه يجوز لـ PeaceHealth أن تكمل أو لا تكمل السجل الطبي بملحق بناءً على طلبي وأنه لن يتم تغيير أو إزالة المستندات الأصلية للسجل الطبي تحت أي ظرف من الظروف. سيصبح طلب التعديل هذا جزءًا من سجلي الطبي الدائم وسيتم إرساله للرد عن أي طلبات مصرح بها خاصة بمستنداتي الطبية.

توقيع المريض أو الشخص المفوض بالتوقيع نيابة عن المريض الصلة التاريخ/الوقت

(إذا تم التوقيع عليه من قبل ممثل شخصي، يجب تقديم إثبات التفويض)

FOR PEACEHEALTH USE ONLY

لاستخدام PeaceHealth فقط

☐ Amendment Accepted/Approved

OR

☐ Amendment Denied (check reason for denial)

☐ Partially Accepted/Denied

☐ PHI is accurate and complete

☐ PHI not created by this organization

☐ Addendum Created

☐ PHI is not available to the patient for inspection

Provider Comments: _____

Provider Signature

Title

EHR User ID

Date

Time

PeaceHealth

SYS1004-A (10/13/23)

Request for Amendment of PHI - Arabic

2 of 2

Patient Identification

Barcode DocType/Description – PTAMND (Pt Amendment)