

Authorization for Release of Information Form
طلب إصدار بيانات طبية

<p>Date/Time of Application : ___/___/___ : ___:___</p> <p>IDENTIFYING INFORMATION :</p> <p>Name of Patient : _____ MR# : _____ Contact Number : _____ Mobile : _____ Phone : _____ Fax Number : _____ Email Address : _____ Patient Identification Number : _____ Patient Signature : _____</p>	<p>تاريخ ووقت تقديم الطلب : ___/___/___ : ___:___</p> <p>بيانات عن المريض :</p> <p>اسم المريض : _____ رقم الملف الطبي : _____ أرقام التواصل : _____ رقم الجوال : _____ رقم الهاتف : _____ رقم الفاكس : _____ البريد الإلكتروني : _____ رقم هوية المريض : _____ توقيع المريض : _____</p>
<p>Designee Identifying Information :</p> <p>Name of Designee : _____ Relationship/ Kinship : _____ Mobile Number : _____ Identification Number : _____ Designee Signature : _____</p>	<p>بيانات المفوض عن المريض :</p> <p>اسم المفوض عن المريض : _____ العلاقة أو صلة القرابه : _____ رقم الجوال : _____ رقم الهوية : _____ توقيع المفوض : _____</p>
<p>Please Check Specific Information to be Released :</p> <p><input type="checkbox"/> Comprehensive Medical Report <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Sick Leave Report <input type="checkbox"/> Governmental Report <input type="checkbox"/> Copies of Investigation Results (X-Ray, Lab.) <input type="checkbox"/> Translation of Medical Report <input type="checkbox"/> Discharge Summary <input type="checkbox"/> Outpatient Attendance <input type="checkbox"/> Other (Please Specify) _____ Date Range of Information to be Released: From : _____ to _____ (Month/Year) (Month/Year) <input type="checkbox"/> Clinics : _____ / _____ / _____</p>	<p>الرجاء تحديد ما هي البيانات المطلوبة :</p> <p><input type="checkbox"/> تقرير طبي مفصل <input type="checkbox"/> عربي <input type="checkbox"/> انجليزي <input type="checkbox"/> اجازة مرضية <input type="checkbox"/> تقرير حكومي <input type="checkbox"/> نتائج الفحوصات (المخبرية ، الشعاعية) <input type="checkbox"/> ترجمة التقرير الطبي <input type="checkbox"/> ملخص الخروج <input type="checkbox"/> مشهد حضور (عيادات خارجية) <input type="checkbox"/> أخرى (يرجى تحديدها) : _____ <input type="checkbox"/> تحديد الفترة الزمنية للبيانات المطلوبة : <input type="checkbox"/> من : ___/___/___ الى : ___/___/___ (شهر / سنة) (شهر / سنة) <input type="checkbox"/> العيادات : _____ / _____ / _____</p>
<p>Medical Report Releasing Officer :</p> <p>Name : _____ ID # : _____ Signature : _____ Date : _____</p>	<p>موظف مكتب التقارير الطبية :</p> <p>اسم الموظف : _____ الرقم الوظيفي : _____ التوقيع : _____ التاريخ : _____</p>
<p>Received Information Details :</p> <p>Name of Receiver : _____ Identification Number : _____ Signature of Receiver : _____ Name of Staff : _____ ID # : _____ Signature : _____ Date : _____</p>	<p>بيانات المستلم :</p> <p>اسم المستلم : _____ رقم هوية المستلم : _____ توقيع المستلم : _____ اسم الموظف : _____ الرقم الوظيفي : _____ التوقيع : _____ التاريخ : _____</p>