

طلب الوصول إلى المعلومات الصحية
المحمية أو الحصول على نسخة منها

يمكنك طلب عرض نسخة من سجلاتك و/أو الحصول عليها.

معلومات العميل		
اسم العائلة:	الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:
رقم الحالة:	رقم الضمان الاجتماعي:	تاريخ الميلاد:

كيف نتواصل معك؟			
رقم الهاتف:	العنوان:	المدينة/الولاية:	الرمز البريدي:
إذا لم تكن العميل:			
اكتب اسمك بأحرف كبيرة:		وضح علاقتك بالعميل:	

ما المعلومات التي تبحث عنها؟		
اسم البرنامج:	تاريخ البدء:	تاريخ الانتهاء:
<input type="checkbox"/> عرض السجل فقط		
<input type="checkbox"/> نسخة من السجل		
كيف ترغب في الحصول على سجلاتك؟		
<input type="checkbox"/> الاستلام شخصياً	<input type="checkbox"/> البريد الأمريكي	
<input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني المشفر	<input type="checkbox"/> طريقة أخرى:	
<input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني غير المشفر	<i>(البريد الإلكتروني غير المشفر غير آمن في أثناء النقل)</i>	
هل هناك جزء معين من السجل تريد الوصول إليه؟		

التوقيع	
التوقيع:	التاريخ: