



## Patient Confidentiality Form

Opening New File Disclosure &amp; Release of Medical Records Information

استمارة سرية المعلومات  
للافصاح عن وتسليم معلومات من السجلات الطبية

Document Ref No.

ACDC-EMR-01-Form 1

Effective Date

15<sup>th</sup> January 2023

Version No.

4

Process Owner

Medical Record

Patient Name:

Mobile Number:

Email:

Please complete the following information:

I hereby authorize Advanced Cure Diagnostic Centers to disclose/release the following information (Please check which is applicable):

- All Records Laboratory / Pathology
- Radiology Records
- Billing Records
- Prescription
- Other (Describe Specifically) \_\_\_\_\_

Authorized Persons / Party (Other than the Patient):

Name	Mobile	Relation

Please send the records listed above to this email (Patient's Email Only):

-

**Patients or authorized persons coming to Advanced Cure Diagnostic Centers to collect any of the required documents checked above will have to present their own UAE ID and the UAE ID of the patient mentioned. A Valid passport will be accepted in case UAE ID is not available. This authorization is valid until patient gives other instructions.**

If the patient cannot consent for him/herself, the signature of parent, legal guardian, or Substitute Consent giver must be obtained.

I understand that this authorization is voluntary and that I may refuse to sign this authorization. My refusal to Sign will not affect my ability to obtain treatment; receive payment; or eligibility for benefits unless allowed by law. By signing below, I represent and warrant that I have the authority to sign this document and authorize the use or disclosure of protected health information and that there are no claims or orders pending or in effect that would prohibit, limit, or otherwise restrict my ability to authorize the use or disclosure of this protected health information.

Signature of Patient or Name &amp; Signature of Patient's Guardian

Date

A copy of patient / Signatory Identification Card must be attached to this Authorization form.



## Patient Confidentiality Form

Opening New File Disclosure &amp; Release of Medical Records Information

استمارة سرية المعلومات  
للافصاح عن وتسليم معلومات من السجلات الطبية

Document Ref No.

ACDC-EMR-01-Form 1

Effective Date

15<sup>th</sup> January 2023

Version No.

4

Process Owner

Medical Record

أبياناتنا تاملعملنا لامتكتسا وجرية:

ض يرملدا مسا:	
رقم الهاتف المتحرك:	البريد الالكتروني:

أفوض بموجب هذه الاستمارة مركز ادفانس كيور التشخيصي الإفصاح / تسليم المعلومات التالية (يرجى الاشارة لإختياركم مما يلي):

- كافة المعلومات
- تقارير المختبر/ تحليل الامراض
- تقارير الاشعة
- تقارير الفواتير والحسابات
- معلومات الوصفات الطبية
- أخرى ( يرجى التوضيح )

الاشخاص المخولين (غير المريض ):

الاسم	الهاتف المتحرك	الصلة

يرجى ارسال السجلات المذكوره أعلاه لعنوان البريد التالي (بريد المريض فقط):-----

المريض او الاشخاص المخولين القادمين لمركز ادفانس كيور التشخيصي لاستلام أي من التقارير المختاره اعلاه عليهم احضار هوية الامارات الخاصه بهم وهويه الامارات للمريض. جواز السفر ساري المفعول سيتم قبوله في حالة عدم تواجد هوية الامارات. يسري العمل بهذا التفويض على كافة الخدمات والاجراءات المقدمة الى حين استلام تعليمات اخرى من المريض على خلافة ذلك.

إذا تعذر على المريض الاقرار أو التوقيع عن نفسه، بسبب السن او القانون او الحالة الصحية ، فيجب الحصول على توقيع الوالدين أو الوصي القانوني أو من يقوم مقامه.

أقر بأنني على درايه بان هذا التفويض هو طوعي وأنني قد ارفض التوقيع على هذا التفويض. ولن يؤثر رفضي على التوقيع قدرتي على الحصول على العلاج ؛ الحصول على السداد ؛ أو أهلية للحصول على استحقاقات ما لم يسمح به القانون. ومن خلال التوقيع أدناه ، أنا أقر و أضمن بأن لدي السلطة لتوقيع هذه الوثيقة والسماح بالافصاح والكشف عن المعلومات الصحية المحمية وعدم وجود أي مطالبات أو أوامر معلقه أو التي من شأنها ان تحظر، الحد ، أو تقيد من قدرتي على السماح بالافصاح والكشف عن هذه المعلومات الصحية المحمية.

التاريخ

توقيع المريض أو اسم وتوقيع الوصي القانوني على المريض  
يجب ان ترفق نسخه من بطاقة الهوية الموقعة أو اثبات الشخصية مع هذا التخويل.