

### INFORMATION EXCHANGE/ تبادل المعلومات

الاسم: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
رقم بطاقة الهوية بجامعة ولاية # COLORADO: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_

لقد أعطيت أدنًا لـ \_\_\_\_\_ شبكة الصحة بجامعة ولاية Colorado  
(اسم موظف شبكة الصحة بجامعة ولاية Colorado)  
وذلك لتبادل المعلومات من خلال التواصل الشفهي أو الكتابي مع: \_\_\_\_\_  
وهاتفه أو عنوانه: \_\_\_\_\_  
(الأستاذ (الأستاذة)، ولي الأمر (أولياء الأمر)، غير ذلك.)

يُرجى وصف الحالة المقرر مناقشتها بالأسفل، وتاريخ (تواريخ) الخدمة التي ترغب أن يغطيها هذا التفويض. ملحوظة يُعد هذا التفويض صالحًا فقط للتواصل بين الأطراف المسماة ومن أجل الحالة الموصوفة، وخلال الفترة الزمنية التي حددها المريض.

---

---

---

---

توقيع موظف شبكة الصحة بجامعة ولاية Colorado

توقيع المريض العميل (أو الممثل الشخصي)

#### للاستعمال المكتبي فقط

- يستمر سريان هذا التفويض لمدة ١٨٠ يومًا ما لم يُلغى قبل ذلك.
- وبناءً على تعلق هذا التفويض بحالة خاصة مستمرة، سوف يستمر سريانه طوال مدة التسجيل الحالية بجامعة ولاية Colorado ما لم يُلغى قبل ذلك.

