

# Consent to Release Medical and/or Counseling Records

## Autorisation de divulgation des données médicales ou de suivi psychologique

موافقة على الإطلاع على الملفات الطبية وملفات الإستشارة النفسية

### ENG

If there are other parties that may assist in your treatment, and you believe it would be helpful for your doctor and/or counselor to contact them regarding your treatment, please read carefully and complete this document.

The following is an authorization for the stated parties to consult with one another regarding your treatment process. Information shared is for the sole purpose of facilitating maximum care to you as the client. Please provide the necessary information and your signature with today's date as indicated below.

I (client),  
Je soussigné(client),

### FR

S'il y a d'autres parties qui pourraient aider dans votre traitement, et si vous croyez qu'il serait utile pour votre médecin ou un conseiller psychologique de les contacter au sujet de votre traitement, veuillez lire attentivement et remplir ce document.

Ce qui suit est une autorisation pour les parties mentionnées ci-dessous à se consulter mutuellement au sujet de votre traitement. L'information est partagée dans le seul but de faciliter les soins au maximum pour vous en tant que client. Veuillez fournir les informations nécessaires et apposer votre signature avec la date d'aujourd'hui, comme indiqué ci-dessous.

### ARB

إذا كانت هناك أطراف أخرى يمكن أن تساعدك في العلاج الخاص بك، وكنت تعتقد أنه من المفيد لطبيبك الخاص أو لطبيبك النفسي الاتصال بهم بشأن علاجك، يرجى قراءة هذه الوثيقة جيدا وملؤها بعناية .

تعتبر هذه الوثيقة بمثابة تفويض للأطراف المحددة سلفا للتشاور مع بعضها البعض فيما يخص علاجك. ويكمن الهدف الوحيد وراء نشر هذه المعلومات في توفير العناية القصوى لك باعتبارك الشخص المعني بالأمر. لذا، يرجى إدخال المعلومات الضرورية ووضع توقيعك وتحديد تاريخ اليوم كما هو مبين أدناه.

أنا (المعني بالأمر)،

hereby authorize  
autorise par la présente  
أفوض بموجب هذه الوثيقة

(doctor/counselor) and the following party or parties  
(docteur/conseiller psychologique) et la ou les parties suivantes  
(للطبيب او المستشار النفسي) و للطرف التالي أو الأطراف التالية

to discuss my physical and/or mental health treatment information and records obtained in the course of treatment, including, but not limited to, doctor's diagnosis:

à discuter des données médicales concernant mon traitement physique ou mental, y compris, sans s'y limiter, le diagnostic du médecin :

التشاور بخصوص علاجي البدني أو النفسي أو هما معا و الإطلاع على تقاريرالفحص خلال فترة العلاج، بما في ذلك، و ليس على سبيل الحصر، تشخيص الطبيب المعالج.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Please note that treatment is not conditioned upon your signing this authorization, and you have the right to refuse to sign this form.

Veuillez noter que le traitement n'est pas conditionné par la signature de la présente autorisation, et que vous avez le droit de refuser de signer ce formulaire.

إن علاجك لا يقتضي بالضرورة التوقيع على هذه الاستمارة. إذ لديك كل الحق في رفض التوقيع عليها.

Please indicate your preference regarding the information to be shared (check one):  
Veuillez indiquer votre préférence quant à l'information à partager (cocher une seule case):

المرجو تحديد نوع المعلومات التي تود الكشف عنها (اختر أحد الخيارين التاليين):

The parties stated above may discuss my medical and/or mental health information without limitations.  
Les parties mentionnées ci-dessus peuvent discuter des données médicales concernant mon traitement physique ou mental sans limites.  
يمكن للأطراف المذكورة أعلاه الإطلاع على المعلومات الصحية و العقلية الخاصة بحالتي دون شرط أو قيد.

I would prefer to limit the information shared between the parties stated above. The limitations I would like to make are as follows:  
Je préfère limiter l'information partagée avec les parties mentionnées ci-dessus. Les limites que je voudrais faire sont les suivantes:  
أفضل تحديد المعلومات المتبادلة بين الأطراف المذكورة أعلاه. و في ما يلي المعلومات التي أود تحديدها:

Additionally, the above named parties, doctor/counselor & person(s) or entity (entities) designated under (1) or (2), agree to exchange information only between themselves (or their agents). Any disclosure of information extended beyond these parties is considered a breach of confidentiality.

Your signature below indicates that you understand that you have a right to receive a copy of this authorization.

Votre signature ci-dessous indique que vous comprenez que vous avez le droit de recevoir une copie de cette autorisation.

يشير توقيعك أدناه إلى أنك استوعبت بأن لديك كل الحق في الحصول على نسخة من هذه الوثيقة.

En outre, les parties susnommées, médecin/conseiller et personne(s) ou entité(s) désignées en vertu de (1) ou (2), conviennent d'échanger les informations entre eux (ou leurs agents) seulement. Toute divulgation d'information étendue au-delà de ces parties est considérée comme une violation de la confidentialité.

يلتزم الأطراف المذكورة أعلاه والطبيب و المستشار النفسي والشخص أو الأشخاص المحددة أسماؤهم بالأرقام (1) أو (2) بتبادل المعلومات فقط فيما بينهم (أو مع وكلائهم). ويعد أي إفشاء للمعلومات المتداولة بين هاته الأطراف بمثابة خرق للخصوصية.

Name of the student (Please print)

Nom de l'étudiant(e) (en caractères d'imprimerie)

إسم الطالب أو الطالبة

Signature of the student (or the student's guardians if the student is less than 18 years old):

Signature de l'étudiant(e) (ou des parents ou tuteurs si moins de 18 ans):

توقيع الطالب أو الطالبة (أو توقيع الأوصياء إذا كان عمر الطالب أقل من 18 سنة):

Student/étudiant(e)/الطالب أو الطالبة

Your signature also indicates that you are aware that any cancellation or modification of this authorization must be in writing, and you have the right to revoke this authorization at any time unless the doctor/counselor stated above has taken action in reliance upon it.

Votre signature indique également que vous êtes conscient du fait que toute annulation ou modification de cette autorisation doit être faite par écrit, et que vous avez le droit de révoquer cette autorisation à tout moment à moins que le médecin/conseiller mentionné ci-dessus n'ait pris des mesures sur la base de votre autorisation.

كما يشير توقيعك أيضا إلى أنك على علم بأن أي إلغاء أو تعديل في هذا التفويض يجب أن يكون خطيا، و بأنه لديك الحق بإلغاء هذا التفويض في أي وقت كان ما لم يتخذ الطبيب أوالمستشار النفسي المذكورأعلاه إجراءات اعتمادا عليه.

Additionally, if you decide to revoke this authorization, such revocation must be in writing and received by the above named doctor/counselor at

En outre, si vous décidez d'annuler cette autorisation, la révocation doit être faite par écrit et reçue par le sus-nommé médecin/conseiller à

بالإضافة إلى ذلك، إذا قررت إلغاء هذا التفويض، يجب أن يكون هذا النوع من الإلغاء كتابة ويكون قد توصل به الطبيب أو المستشار النفسي المذكور أعلاه بعنوان:

Al Akhawayn University in Ifrane,  
Avenue Hassan II, PO. Box 104, Ifrane  
Morocco 53000

This consent will expire upon ceasing to be a regularly enrolled student at AUI

Cette autorisation expirera dès que le patient cesse d'être un étudiant régulièrement inscrit à Al Akhawayn

تنتهي صلاحية هذا الترخيص فور توقف الطالب عن دراسته بجامعة الأخوين.

Student ID

Code étudiant

رقم الطالب أو الطالبة

Father, mother or guardian/Père, mère ou tuteur/ الأب/الأم/الوصي/الوصية