

**SAUDI ARAMCO  
SAMSO  
LIAISON OFFICE**

أرامكو السعودية  
الدائرة الطبية  
مكتب الإتصال الطبي

Patient's Name: \_\_\_\_\_  
 Employee  
 Dependent  
 Non-employee  
 ID number: \_\_\_\_\_  
 Medical Record number: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_  
 موظف  
 من أفراد عائلة الموظف  
 غير موظف  
 رقم شهادة المريض: \_\_\_\_\_  
 رقم السجل الطبي: \_\_\_\_\_  
 تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

I hereby request and authorize the Medical Services Organization of Saudi Aramco, PO Box 76, Dhahran, 31311, Saudi Arabia, to release to:

بهذا أفوض الدائرة الطبية في شركة الزيت العربية "أرامكو السعودية" ص. ب. ٧٦. الظهران ٣١٣١١ بتسليم التالي ذكره:

Name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Country: \_\_\_\_\_

Encircle any of the following numbers:

1. Medical summary from Dr. \_\_\_\_\_
2. A detailed medical report covering patient's hospitalization:  
From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_
3. Copy of the entire medical record
4. Copies and reports of x-ray (specify):
5. Slides and Laboratory reports:
6. ECHO and EKG reports:  
Catheterization film (VHF):

- ضع دائرة على أي مما يأتي:
- ١- موجز تقرير طبي من الدكتور: \_\_\_\_\_
  - ٢- تقرير طبي شامل عن فترة التنويم: \_\_\_\_\_ من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_
  - ٣- صورة من السجل الطبي الكامل:
  - ٤- صور وتقارير الأشعة التالية:
  - ٥- الشرائح مع التقارير المخبرية:
  - ٦- نتائج تخطيط القلب:
  - ٧- فيلم القسطرة (يرجى إحضار فيلم (VHF):

For the purpose of (tick any of the following)

- Second opinion
- To submit to hospital when patient is admitted
- Leaving Saudi Aramco
- Hiring a domestic helper
- For school
- For Government use
- Other (specify)

الغرض من الطلب: ضع علامة ( X ) على واحدة أو أكثر من الآتي:

- لإستشارة طبيب آخر
- تقديمه إلى مستشفى المريض المنوم فيه
- ترك العمل لدى أرامكو السعودية
- استئجار معاون خدمة منزلية
- لتقديمه للمدرسة
- لتقديمه لجهة حكومية
- أغراض أخرى (حدد)

I hereby agree to release and indemnify Saudi Aramco and the Saudi Aramco Medical Staff involved with the release of this information from any liability which may be based on the furnishing of the above-described summary or x-ray.

وأنا بهذا أوافق على إعفاء وإخلاء طرف شركة الزيت العربية السعودية (أرامكو السعودية) والإدارة الطبية بشركة أرامكو السعودية وموظفيها المشاركين في عمل هذا التقرير من أي مسؤولية قد تتعلق بأمر إصدار هذا التقرير وتسليمه أو تسليم صور الأشعة لن أفوضه.

I hereby agree to pay Saudi Aramco Medical Services Organization (SAMSO) for the requested services. The estimated cost of the services provided is SR\_\_\_\_, but the actual cost may be slightly more or slightly less. (The minimum charge will be SR40 exclusive of postage).

وأوافق على أن أدفع للدائرة الطبية بشركة أرامكو السعودية تكلفة الخدمات المطلوبة. والتكلفة المقدرة للخدمات المقدمة هي ريال سعودي تقريبا. أما التكلفة الفعلية فقد تزيد أو تنقص قليلا. الحد الأدنى ٤٠ ريالاً سعودياً "بدون أجرة البريد".

Signature of patient/person authorizing release: \_\_\_\_\_

توقيع المريض/الشخص المفوض بالتسليم

Date: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

Work telephone number: رقم هاتف العمل: \_\_\_\_\_

Home telephone number: رقم هاتف المنزل: \_\_\_\_\_

Relationship (if other than patient): \_\_\_\_\_

درجة القرابة (بالمريض)

Payment: \_\_\_\_\_

دفع التكاليف: \_\_\_\_\_

Stamp: \_\_\_\_\_

الختم

Reviewed by: \_\_\_\_\_

راجع المعلومات: \_\_\_\_\_

Cash ( ) Payroll deduction ( ) ( ) نقداً ( ) خصمه من الراتب ( )

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION  
MED-6002 (02/01)**