

مجوز برای انتشار اطلاعات محرمانه
(لطفاً هر دو سمت این فرم را پر کنید)

نام خانوادگی مصرف کننده	نام	نام وسط	تاریخ تولد
آدرس	شهر	کد پستی	تلفن تماس در طول روز

شماره سوشال سکوریتهی * (لازم است)

من درخواست می کنم اطلاعات سلامت محافظت شده (PHI) از ارائه دهنده زیر در اختیار من قرار داده شود:

نام ارائه دهنده خدمات مراقبت از سلامت	تلفن
---------------------------------------	------

آدرس	شهر/ایالت	کد پستی	شماره فکس (اگر می دانید)
------	-----------	---------	--------------------------

قابل ارائه به: ACBH – QA Office

Consumer Assistance

2000 Embarcadero Cove, Suite 400

Oakland, CA 94606

من اجازه می دهم که PHI زیر از سوابق پزشکی من منتشر شود:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> اسلاید/گزارش پاتولوژی | <input type="checkbox"/> سوابق بخش اورژانس |
| <input type="checkbox"/> سوابق مربوط به صورتحساب | <input type="checkbox"/> گزارش های آزمایشگاه |
| <input type="checkbox"/> خلاصه ترخیص | <input type="checkbox"/> گزارش های رادیولوژی |
| <input type="checkbox"/> سوابق و مشاوره فیزیکی | <input type="checkbox"/> سوابق مربوط به واکسیناسیون |
| <input type="checkbox"/> گزارش های عملیاتی | <input type="checkbox"/> سوابق پزشکی کامل (کلیه صفحات) |



□ سایر
موارد:

بر اساس قوانین ایالتی و فدرال از اطلاعات زیر محافظت می شود. اگر این اطلاعات در مورد شما کاربرد دارند، لطفاً مشخص کنید که آیا می خواهید این اطلاعات منتشر شوند/دریافت شوند (در صورت امکان تاریخ را اعلام کنید):

<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	سوابق مربوط به سلامت روانی
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	سوابق روانشناسی
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	تست و نتیجه تست HIV
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	سوابق مربوط به سوء مصرف الکل، مواد مخدر
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	سوابق ژنتیکی

پوشش دوره خدمات مراقبت از سلامت از: تاریخ دقیق _____ تا _____ یا
□ کلیه ویزیت های قبلی، فعلی و آینده

هدف درخواست اطلاعات: برطرف کردن مشکل مربوط به درخواست تجدید نظر یا شکایت ارائه شده

این رضایت نامه در هر زمان توسط فرد امضا کننده آن لغو خواهد شد بجز در مواردی که اقدام لغو شده باشد یا اگر قبلاً لغو نشده است، بعد از شش (6) ماه از تاریخ این رضایت نامه لغو خواهد شد. امضا کننده می تواند به صورت کتبی یا شفاهی به مسئول کمک به مصرف کننده اطلاع دهد و انتشار اطلاعات را لغو کند.

تاریخ

امضای کلاینت یا نماینده مجاز

ارتباط با بیمار (در صورت وجود ارتباط)

نام به حروف بزرگ

هرگونه انتشار اطلاعات و سوابق پزشکی توسط بیمار ممنوع است بجز در مواردی که صراحتاً هدف انتشار اطلاعات مشخص شده باشد. منع انتشار مجدد اطلاعات محافظت شده در مورد مصرف مواد مخدر: بخش 2 از CFR 42 هرگونه انتشار غیرمجاز این سوابق را ممنوع کرده است.