



ALCOHOL, DRUG & MENTAL HEALTH SERVICES
MANUEL JIMENEZ, MA, MFT, DIRECTOR

Quality Assurance Office
Consumer Assistance
Embarcadero Cove, Suite 400 2000
Oakland, California 94606
(510) 567-8100 / TTY (510) 567-6884
تلفن رایگان: (800) 779-0787 1
فکس: (510) 639-1346

اجازه نامه ارائه اطلاعات محرمانه
(لطفاً هر دو سمت این فرم را پر کنید)

نام میانی	نام	نام خانوادگی عضو	تاریخ تولد
کد پستی	شهر	نشانی خیابان	شماره تلفن جهت تماس در طول روز

اینجانب، امضاکننده زیر، بدینوسیله اجازه ارائه اطلاعات محرمانه خود، شامل سوابق پزشکی (طبی) و روان درمانی (صحت روانی) را از این مرجع:

نام ارائه کننده مراقبت های بهداشتی و درمانی	تلفن
کد پستی	شماره فکس (در صورتی که می دانید)
شهر/ایالت	نشانی خیابان

به: ACBHCS – QA Office
Consumer Assistance
Embarcadero Cove, Suite 400 2000
Oakland, CA 94606

برای منظور حل و فصل شکایت یا درخواست تجدیدنظر خود می دهم. من همچنین به شما اجازه می دهم که کپی (نسخه) آن اطلاعات را بنابر درخواست ارائه نمایید.

محدودیت های زیر در مورد این اجازه نامه وجود دارد (یک مورد را علامت بزنید):

کلیه سوابق پزشکی

محدود به سوابق مربوط به درمان از دوره _____ تا _____

محدود به سوابق مربوط به پذیرش و درمان برای این عارضه پزشکی یا جراحت:

محدود به اطلاعات خاص مشخص شده زیر: _____

پشت صفحه



این رضایت نامه در هر زمان توسط شخص امضاکننده زیر قابل بازپس گیری است به استثنای مواردی که اقداماتی از قبل با استناد به آن انجام شده باشند. این رضایت نامه در صورتی که در موعدهی زودتر باطل نگردیده باشد، شش (۶) ماه پس از تاریخ رضایت از اعتبار ساقط خواهد شد. امضاکننده می تواند این اجازه ارائه را کتباً یا با اطلاع دادن شفاهی به بخش کمک رسانی اعضا بازپس گیرد.

تاریخ

امضای عضو، سرپرست قانونی، نماینده (دور یک مورد دایره بکشید)

تاریخ

امضای شاهد

هرگونه افشای اطلاعات سوابق پزشکی (صحی) مربوط به دریافت کننده (ها) بجز در مواردی که به هدف و منظور ارائه آن اشاره شده باشد، ممنوع است.