

درخواست و اجازه انتشار

سوابق طبی یا معلومات حفاظت شده ای طبی

معلومات مریض	
نام:	نمبر سوابق طبی:
تاریخ تولد:	نمبر تلفون:
تاریخ درخواست:	
معلومات صحی محافظت شده ممکن است افشاء شود توسط:	
شخص/نهاد:	تلفون:
فکس:	
آدرس:	
معلومات صحی محافظت شده ممکن است افشاء شود به:	
شخص/نهاد:	تلفون:
عدد فکس:	
آدرس:	
فارمت درخواست شده برای ارایه معلومات	
<input type="checkbox"/>	ورق
<input type="checkbox"/>	رسانه الکترونیکی
روش ترجیحی تحویل دهی	
<input type="checkbox"/>	در One Community Health تحویل بگیریید
<input type="checkbox"/>	ارسال به آدرس لیست شده در ذیل
<input type="checkbox"/>	انتشار به حساب MYCHART
<input type="checkbox"/>	ایمیل به: _____ رمزگذاری شده <input type="checkbox"/> رمزگذاری نشده <input type="checkbox"/>
معلومات صحی از طریق ایمیل رمزگذاری شده ارسال می شود مگر اینکه من خلاف آن را مشخص کنم. با درخواست ایمیل رمزگذاری نشده، تصدیق می کنم که خطر دسترسی شخص ثالث به معلومات صحی من وجود دارد.	
معلومات صحی محافظت شده باید افشاء شود	
سوابقی را که باید منتشر و/یا افشاء شوند را مشخص نمایید:	
<input type="checkbox"/>	معلومات عمومی طبی (از _____ تا _____)
<input type="checkbox"/>	معلومات مربوط به جراحت یا تداوی مشخص (از _____ تا _____)
<input type="checkbox"/>	نتایج ایکسری/لایراتوار (از _____ تا _____)
<input type="checkbox"/>	صحت روانی* (از _____ تا _____) حروف اول نام و تخلص نوشته شود _____
<input type="checkbox"/>	الکول/مواد مخدر** (از _____ تا _____) حروف اول نام و تخلص نوشته شود _____
<input type="checkbox"/>	نتایج تست اچ آی وی (از _____ تا _____) حروف اول نام و تخلص نوشته شود _____
<input type="checkbox"/>	موارد دیگر (مشخص نمایید) _____

## حق و حقوق شما

### حق و حقوق شما

این مجوز برای انتشار معلومات صحی داوطلبانه می باشد. تداوی، پرداخت، ثبت نام یا واجد شرایط بودن برای مزایا ممکن مشروط به امضای این فورم نباشد. من درک می کنم که ممکن است در هر زمانی این مجوز را به صورت کتبی لغو نمایم. من درک میکنم که لغو نمودن از طرف من بر معلومات که قبل از دریافت و طی مراحل شدن اطلاعیه کتبی لغو توسط One Community Health به اشتراک گزارده شده است، تأثیر نمی گذارد.

می دانم که اگر مدت زمانی را تعیین نکنم و اگر آن را لغو نکنم، این مجوز به خودی یک سال پس از تاریخ امضای ذیل منقضی می شود. مگر اینکه به نحوی دیگری لغو شود، این مجوز منقضی می شود (تاریخ را درج کنید).

برای لغو این مجوز، درک میکنم که باید یک درخواست کتبی به One Community Health، ارسال کنم: توجه: Health Information Management, 1500 21<sup>st</sup> Street, Sacramento, CA 95811. من مستحق دریافت یک کاپی از این مجوز می باشم.

### اطلاعیه

ممکن است فیس های برای کپی سوابق شما اعمال شود. مگر اینکه توسط قانون الزامی شود، قانون کالیفرنیا دریافت کننده را از افشای بیشتر معلومات صحی شما منع می کند، مگر اینکه گیرنده مجوز دیگری از شما دریافت کند. اگر شما مجوز افشای معلومات صحی خود را به شخصی واگذار نموده اید که از نظر قانونی ملزم به محرم نگه داشتن آن نمی باشد، ممکن است که توسط قوانین حریمیت ایالتی یا فدرال محافظت نشود. طی مراحل نمودن سوابق ممکن است 15 روز را در بر بگیرد یا طوریکه قانون لازم میدانند.

### سوابق خاص

**\*حق و حقوق پیرامون معلومات صحت روانی:** یک فورم مجوز جداگانه باید تکمیل شود تا اجازه افشای یا استفاده از یادداشت های روان درمانی را، همانطور که در قانون قابل حمل و پاسخگویی بیمه صحی سال 45 C.F.R، («HIPAA») 1996 بخش های 160 و 164 تعریف شده است. با استثنائات خاص، شما حق دارید یک کپی از معلومات صحی شخصی خود را بررسی/دریافت کنید. در حالات محدود، اگر ارایه دهنده شما تشخیص دهد که این کار ممکن باعث آسیب شود، ممکن است از دسترسی شما به معلومات صحت روانی خودتان جلوگیری کنیم. اگر از دسترسی شما ممانعت به عمل آید، حق دارید رد شما مرور شود.

**\*\*حق و حقوق پیرامون سوابق اختلال مصرف مواد:** سوابق اختلالات مصرف مواد بر اساس قوانین فدرال حاکم بر سوابق مربوط به حریمیت و اختلال مصرف مواد، 42 C.F.R محافظت می شود. بخش 2 و HIPAA، و بدون رضایت کتبی من قابل افشا نیست مگر اینکه در مقررات به نحو دیگری تصریح شده باشد.

### شریک سازی با شخص ثالث

مهم است که توجه داشته باشیم که وقتی درخواست می کنید معلومات صحی محافظت شده شما را با یک اپلیکیشن شخص ثالث شریک سازیم یا از ارایه دهنده مراقبت های صحی خود درخواست می کنید که معلومات صحی محافظت شده شما را با یک اپلیکیشن شخص ثالث به اشتراک بگذارد، One Community Health هیچ مسئولیتی یا عهده داری در قبال هرگونه استفاده یا افشای بعدی معلومات ندارد.

## اجازه

من اجازه افشای معلومات صحی محافظت شده ای خود را به شخص(اشخاص)/نهاد(های) شرح داده شده در این فورم می دهم. من درک میکنم که این اجازه داوطلبانه است و زمانی که معلومات افشا شود، ممکن دوباره افشا شود و دیگر توسط مقررات حفظ حریم خصوصی محافظت نشود. من فرصت کامل برای مطالعه و بررسی محتوای این اجازه نامه را داشته‌ام و بدین وسیله به One Community Health اجازه می‌دهم معلومات صحی محافظت شده‌ام را همانطور که در این درخواست توضیح داده شده منتشر و افشا کند. من درک می‌کنم که One Community Health تداوی، پرداخت، ثبت نام یا واجد شرایط بودن برای مزایا را مشروط به امضای این مجوز انجام نمی‌دهد.

توسط:

نام مریض (بشکل واضح) \_\_\_\_\_  
امضاء \_\_\_\_\_  
تاریخ \_\_\_\_\_

اگر شما خور فرد مریض نیستید، لطفاً مورد ذیل را تکمیل و امضاء کنید و تاریخ را ذکر نمایید.

توسط:

نام وکیل \_\_\_\_\_  
امضاء \_\_\_\_\_  
تاریخ \_\_\_\_\_

نسبت به مریض \_\_\_\_\_

## ضروری:

صرف برای استفاده کارمند: نام کارمند مربوطه که هویت مریض را تایید می‌کند (بشکل واضح بنویسید):

\_\_\_\_\_

صرف برای استفاده دفتر:

درخواست اجرا شده توسط: \_\_\_\_\_  
کارمند HIM \_\_\_\_\_  
در \_\_\_\_\_  
تاریخ \_\_\_\_\_

به فارمت ترجیحی انتخاب شده در فوق ارایه شد  بلی  نخیر  
از طریق روش ترجیحی الکترونیکی انتخاب شده در فوق ارسال شد  بلی  نخیر  
اگر چنین نیست، چرا؟ \_\_\_\_\_