

د اجازي د ور کولو لپاره غوښتنه

روغتیایي سوابق یا خوندي روغتیایي معلومات

د ناروغ معلومات	
د روغتیایي سوابقو شمېره:	نوم:
د غوښتنې نېټه:	د زېږیدو نېټه:
د تلیفون شمېره:	د تلیفون شمېره:
خوندي روغتیایي معلومات ممکن د لاندې کس یا بنسټ لخوا افشا شي:	
تلیفون:	شخص/آسانتیایي:
فکس:	
پته:	
خوندي روغتیایي معلومات ممکن لاندې کس یا بنسټ ته افشا شي:	
تلیفون:	شخص / آسانتیایي:
فکس:	
پته:	
د معلوماتو د وړاندې کولو لپاره غوښتل شوي بڼه	
<input type="checkbox"/>	کاغذ
<input type="checkbox"/>	الکترونيکي رسنۍ
د سپارلو لپاره تر ټولو غوره طریقه	
<input type="checkbox"/>	د One Community Health څخه بې تر لاسه کړئ
<input type="checkbox"/>	لاندې لېست شوي پټي بریښنالیک ته واستوئ
<input type="checkbox"/>	MYCHART حساب ته بې خپور کړئ
<input type="checkbox"/>	دغه بریښنالیک ته: _____ کودشوی <input type="checkbox"/> نه کود شوی <input type="checkbox"/>
<p>روغتیایي معلومات به تر هغې د کود شوي بریښنالیک له لارې لیرل کيږي، تر څو چې ما کوم بل ډول مشخص کړی نه وي. د نه کود شوي بریښنالیک په غوښتلو سره، زه دا منم چې په دې سره یو څه خطر شته چې زما روغتیایي معلوماتو ته د دریمې اړخ لخوا لاسرسی پیدا کیدلی شي.</p>	
خوندي شوي روغتیایي معلومات باید افشا شي	
د خپرولو او/یا افشا کولو لپاره سوابق مشخص کړئ:	
<input type="checkbox"/>	عمومي روغتیایي معلومات (له _____ تر _____)
<input type="checkbox"/>	د ځانگړي ټپ یا درملني په اړه معلومات (له _____ تر _____)
<input type="checkbox"/>	د ایکسري/لابراتوار پایلي (له _____ تر _____)
<input type="checkbox"/>	رواني روغتیا* (له _____ تر _____) لومړني لاسلیک اړین دی _____
<input type="checkbox"/>	الکول/ نشه بې توکي** (له _____ تر _____) لومړني لاسلیک اړین دی _____
<input type="checkbox"/>	د HIV ازموینې پایلي (له _____ تر _____) لومړني لاسلیک اړین دی _____
<input type="checkbox"/>	نور (مشخص کړئ) _____

**ستاسو حقونه**

د روغتیايي معلوماتو د خپرولو لپاره دا اجازه رضاکارانه ده. درملنه، اداینه، نوم لیکنه یا د گټو لپاره د شرایطو پوره کول ممکن د دې فورمي د لاسلیکولو شرط نه وي. زه پوهیږم چې زه کولی شم دا اجازه هر وخت په لیکلي بڼه لغوه کړم. زه پوهیږم چې د اجازه دغه لغوه کول به د هغه معلوماتو په هیڅ ډول افشا کولو اغیزه ونه کړي، کوم چې له وړاندې یې په اړه د **One Community Health** (یوې ټولني روغتیا) لخوا د فسخ کولو لیکلي خبرتیا تر لاسه شوي او پرمخ وړل شوي ده.

زه پوهیږم چې که چېرې زه موده ونه ټاکم او زه یې لغوه نه کړم، نو دا اجازه به په خپل کاره ډول د لاسلیک کولو له نیتي څخه تر یو کال پورې پای ته ورسیري. که په بل ډول لغوه نه شي، نو دا اجازه په لاندې نېټه پای ته رسیري (نېټه وټاکئ).

د دې اجازه د لغوه کولو لپاره، زه پوهیږم چې زه باید د **One Community Health**، ته لیکلي غوښتنه ولیږم: د پام وړ: **Health Information Management, 1500 21<sup>st</sup> Street, Sacramento, CA 95811**.

زه حق لرم چې د دې صلاحیت یوه کاپي تر لاسه کړم.

**خبرتیا**

فیس ممکن ستاسو د سوابقو پر کاپي پلي شي. د قانون له غوښتنې پرته د کالیفورنیا قانون تر لاسه کونکي ستاسو د روغتیايي معلوماتو له نور افشا کولو څخه منع کوي، مگر دا چې تر لاسه کونکي ستاسو څخه بل صلاحیت تر لاسه کړي. که چېرې تاسو یو داسې چا ته د خپلو روغتیايي معلوماتو د افشا کولو صلاحیت ورکړي وي، څوک چې په قانوني توګه د محرم ساتلو لپاره اړین نه دي، نو دا ممکن نور د دولت یا فدرالي محرمیت د قوانینو له خوا خوندي نه شي. د سوابقو پروسس کول ممکن تر 15 ورځو پورې وخت ونیسي یا دومره وخت چې د قانون له مخې ورته اړتیا وي.

**ځانګړي سوابق**

**\*د رواني روغتیا د معلوماتو په اړه حقونه:** د رواني درملني فورمه د افشا کولو یا کارولو د اجازه د ورکولو لپاره باید د جواز بېله فورمه ډکه شي، لکه څنګه چې د 1996 د روغتیايي بیمې پورتیلیلت او حساب ورکولو قانون 45 C.F.R. pts 160 ("HIPAA") او 164 کي ذکر شوي دي. د ځینو استثناوو سره، تاسو حق لرئ چې د خپلو شخصي روغتیايي معلوماتو یوه کاپي چک/تر لاسه کړئ. په محدودو شرایطو کې موږ ممکن تاسو ته ستاسو د رواني روغتیايي معلوماتو لاسرسی رد کړو، که چېرې ستاسو چمتو کونکي وټاکئ چې دا ممکن د زیان لامل شي. که چېرې تاسو د لاسرسي څخه منع شوي یاست، نو تاسو حق لرئ چې خپل انکار و ارزوئ.

**\*\* د نشه یي توکو د کارولو د اختلال د سوابقو اړوند حقونه:** د نشه یي توکو د کارولو د اختلال هغه سوابق تر فدرالي مقرراتو چې محرمیت کنټرولوي او د نشه یي توکو د کارولو اختلال ناروغ د سوابقو، 42 C.F.R لاندې خوندي دي. 2 مه برخه او HIPAA او زما د لیکلي رضایت پرته نه شي افشا کېدلی، مگر دا چې په مقرراتو کې کوم بل ډول ټاکل شوي وي.

## د درېيم اړخ سره شريکول

دا مهمه ده چې بايد په ياد ولرئ، دا چې تاسو له درېيم اړخ سره ستاسو د خوندي روغتيايي معلومات د شريکولو غوښتنه وکړئ، يا تاسو د خپلې روغتيايي پاملرنې د چمتو کونکي څخه غوښتنه وکړئ، چې ستاسو خوندي روغتيايي معلومات د درېيمې ډلې د غوښتنلیک پر اساس شريک کړي، نو د One Community Health د معلوماتو هر ډول کارونې يا نورې افشا کولو مسوولیت نه لري.

### اجازه

زه اجازه ورکوم چې زما د خوندي روغتيا د معلوماتو افشاء کول دغو اشخاصو/ادارو ته چې په دې فورمه کې تشریح شوي، ترسره شي. زه پوهېږم چې دا اجازه رضاکارانه ده او دا چې کله چې یو ځل معلومات افشا شي، نو دا ممکن د بیا افشا کېدو سبب وگرځي او نور د محرمیت د مقرراتو له خوا خوندي نه شي. ما د دې اجازې د محتوياتو د لوستلو او غور کولو بشپړ فرصت درلود او زه دلته د One Community Health ته اجازه ورکوم چې زما خوندي روغتيايي معلومات خپاره او افشا کړي، لکه څنګه چې په دې غوښتنه کې بیان شوي دي. زه پوهېږم چې د One Community Health به، اداینه، نوم لیکنه یا د گټو لپاره په شرایطو برابرېدل به د دې مجوز په لاسلیک کولو پورې نه محدودوي.

لخوا:

د ناروغ نوم (په روښانه شکل)

لاسلیک

نېټه

که چېرې تاسو ناروغ نه وئ، نو مهرباني وکړئ لاندې برخه لاسلیک، نېټه پرې ولیکئ او بشپړه یې کړئ.

لخوا:

د قانوني استازي نوم

لاسلیک

نېټه

د ناروغ سره اړیکه

### اړینه ده:

یوازې د کارکوونکو د کارولو لپاره: د کارکوونکو نوم چې د ناروغ هويت تاییدوي (په روښانه شکل):

یوازې د دفترې کارونې لپاره:

غوښتنه د دغه کس لخوا شوې:

د HIM کارکوونکي

په

نېټه

پورته غوره شوې غوره بڼه کې چمتو شوي  یو  نه   
د لېږد د پورته غوره شوي طریقې له لارې لېږل کېږي  هو  نه   
که نه نو ولې؟