

اداره بهداشت روانی شهرستان لس آنجلس  
مجوز قانونی برای استفاده یا افشای اطلاعات سلامت محافظت شده

مشتری

نام مشتری/نام قبلی	تاریخ تولد	شماره مشتری
نام نماینده قانونی (در صورت وجود)		
آدرس: خیابان		شهر، ایالت، کد پستی
<b>نماینده قانونی:</b>		<b>استفاده یا افشای اطلاعات سلامت محافظت شده به:</b>
نام آژانس		نام ارائه دهنده خدمات بهداشتی / سایر
آدرس: خیابان		آدرس خیابان
شهر، کد پستی ایالت		شهر، کد پستی ایالت

اطلاعات درخواستی:

<input type="checkbox"/> ارزش گذاری /	<input type="checkbox"/> نتایج آزمون روان	<input type="checkbox"/> تشخیص
<input type="checkbox"/> ارزیابی	<input type="checkbox"/> شناسی	
<input type="checkbox"/> نتایج آزمایشگاه	<input type="checkbox"/> پیشینه دارویی /	<input type="checkbox"/> درمان
	<input type="checkbox"/> نسخه دارویی کنونی	

تمام اطلاعات (ذکر شود):  
سایر (به اختصار توضیح دهید):

**توجه:** سوابق ممکن است شامل اطلاعاتی مربوط به ایدز یا HIV و مصرف الکل یا مواد مخدر باشد. در هر صورت سوابق درمانی مربوط به ایدز یا HIV و مصرف الکل یا مواد مخدر تا هنگامی که صریحاً درخواست داده نشود، فاش نخواهد شد.

**موارد مد نظر را علامت بزنید:**  
اطلاعات مربوط به  الکل یا مواد مخدر  
نتیجه آزمایش HIV

**نحوه تحویل اطلاعات درخواستی:**  نامه  دریافت از محل  
ابزارهای الکترونیکی مانند

**هدف از استفاده یا افشای اطلاعات:** (دسته مربوط را انتخاب نمایید)  
درخواست مشتری

سایر (مشخص نمایید):  
-----

آیا آژانس از استفاده و یا افشای اطلاعات سودی می‌برد؟  بله  خیر

اینجانب آگاهی دارم که با تحویل اطلاعات سلامت محافظت شده به نماینده قانونی، اطلاعات من دیگر مشمول قانون حفاظت فدرال نخواهد بود و علاوه بر این، اطلاعات فوق می‌تواند بدون اجازه قانونی من به شخص دریافت کننده، داده شود. همچنین، اینجانب واقف هستم که به محض استفاده و یا افشای اطلاعات، امکان باز پس‌گیری آن وجود ندارد.

تاریخ انقضا: این مجوز تا تاریخ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ اعتبار دارد.  
سال روز ماه

500.01 - پیوست 1

## اداره بهداشت روانی شهرستان لس آنجلس مجوز قانونی برای استفاده یا افشای اطلاعات سلامت محافظت شده

### حق و حقوق شما در ارتباط با این مجوز:

**حق دریافت نسخه کپی مجوز -** اینجانب با آگاهی کامل به وسیله امضای این مجوز موافقت خود را اعلام می‌کنم و بنابراین مجبور به این کار نشده‌ام. همچنین خواهان دریافت رونوشت امضا شده از این فرم می‌باشم.

**حق ابطال مجوز -** اینجانب آگاهم که برای ابطال مجوز در هر زمانی، از طریق نوشتن نامه و اعلام به اداره بهداشت روانی شهرستان لس آنجلس (LACDMH) حق و اختیار کامل دارم. همچنین امکان استفاده از فرم ابطال مجوز، که در پایین این صفحه آمده است، وجود داشته و می‌تواند به شخص زیر ارسال و یا تحویل داده شود:

نام آژانس	شخص مورد نظر
شهر، کد پستی ایالت	آدرس

همچنین اینجانب واقفم که ابطال نمی‌تواند به اختیارات اداره بهداشت روانی شهرستان لس آنجلس (LACDMH) و یا هر ارائه دهنده خدمات بهداشتی دیگر، مبنی بر استفاده یا افشای اطلاعات سلامت بنابر دلایل مرتبط با اتکای قبلی در این مجوز یا همچنین جایز شمرده شده توسط قانون، خدشه ای وارد کند.

**شرایط -** اینجانب آگاهم که می‌توانم از امضا کردن این مجوز خودداری نموده، بدون آنکه در روند درمانم خللی وارد شود. اما اداره بهداشت روانی شهرستان لس آنجلس (LACDMH) شرایط درمانی مبنی بر تحقیق را، مشروط کند به اخذ مجوز به جهت استفاده یا افشای اطلاعات سلامت محافظت شده که مورد نیاز تحقیقات است. (به عبارت دیگر، اگر این مجوز مربوط به تحقیقات درمانی شود، تا زمانی که مجوز را امضا و تایید نکنید، این خدمات درمانی شامل حال شما نمی‌شود.)

اینجانب مطالب مربوط به فرم مجوز را با دقت مطالعه کرده و از آن آگاهم. با امضای این مجوز، اینجانب تایید می‌کنم که کلیه موارد، بازتاب خواست بنده می‌باشد.

X

تاریخ

X

امضای مشتری

اگر توسط شخص دیگری به غیر از مشتری امضا می‌شود، لطفا نسبت و حدود اختیارات را بیان نمایید:

**ابطال مجوز**

نام مشتری

--

-----  
-----  
امضای مشتری / نماینده قانونی  
تاریخ

اگر توسط شخص دیگری به غیر از مشتری امضا می شود، لطفاً با ذکر نام،  
نسبت و حدود اختیارات را بیان نمایید:  
نام:  
نسبت و مجوز: