

مراجع:

نام مراجع/نام قبلی	تاریخ تولد	شماره مراجع
نام نماینده قانونی (در صورت وجود)		
آدرس خیابان	شهر، ایالت، کد پستی	
مجاز می داند:	استفاده یا افشای اطلاعات سلامت محافظت شده (PHI) به:	
نام سازمان	نام ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی/سایر موارد	
آدرس خیابان	آدرس خیابان	
شهر، ایالت کد پستی	شهر، ایالت کد پستی	

اطلاعات مورد واگذاری:

<input type="checkbox"/> ارزیابی/ارزشیابی	<input type="checkbox"/> نتایج آزمون روانشناختی	<input type="checkbox"/> تشخیص
<input type="checkbox"/> نتایج آزمایشگاهی	<input type="checkbox"/> دارو	<input type="checkbox"/> یادداشت های درمان/پیشرفت
<input type="checkbox"/> کل سوابق	<input type="checkbox"/> سایر موارد (مشخص کنید):	

توجه: اطلاعات مربوط به مصرف مواد یا الکل، اچ آی وی/ایدز و یا اطلاعات مربوط به سلامت باروری یا جنسی فاش نمی شود مگر اینکه مشخصاً با علامت زدن کادر(ها) در اینجا درخواست شود: مصرف الکل مصرف مواد مراقبت از سلامت باروری سقط جنین اچ آی وی/ایدز

تاریخ های درمان

اینجانب اجازه می دهم سوابق دوره زیر واگذار شود: از _____ به _____
سال/روز/ماه سال/روز/ماه

روش تحویل سوابق درخواستی:

پست تحویل حضوری ایمیل به: _____

هدف استفاده یا افشا: (دسته مربوطه را علامت بزنید)

درخواست مراجع سایر موارد (مشخص کنید): _____

می دانم که هر گونه افشای اطلاعات سلامت محافظت شده (PHI) من احتمال افشای مجدد غیرمجاز را به همراه دارد و ممکن است اطلاعات تحت حفاظت قوانین فدرال در زمینه حفظ محرمانگی نباشد. با این حال، می دانم که بر اساس قانون کالیفرنیا، دریافت کننده PHI تحت این مجوز از افشای مجدد PHI منع شده است، مگر با مجوز کتبی یا در صورتی که مشخصاً در قانون الزام شده یا مجاز باشد. همچنین می دانم که وقتی اطلاعات من استفاده یا افشا شود، ممکن است امکان لغو این اقدام وجود نداشته باشد.

تاریخ انقضا:

این مجوز افشای اطلاعات مراقبت های بهداشتی به فرد/سازمان فوق به طور خودکار بعد از 1 سال از تاریخ امضا یا در تاریخ یا رویداد مشخص شده در زیر، هر کدام که زودتر اتفاق بیفتد، منقضی می شود، مگر اینکه به روش دیگری توسط بیمار لغو گردد.

این مجوز تا _____ / _____ / _____ یا _____ معتبر است

سال _____ روز _____ ماه _____ رویداد

حقوق شما در ارتباط با این مجوز:

حق دریافت یک کپی از مجوز - اینجانب می دانم که اگر با امضای این مجوز موافقت کنم، که البته مجبور به انجام آن نیستم، باید یک نسخه امضا شده از فرم به من ارائه شود.

حق لغو مجوز - می دانم که حق دارم این مجوز را در هر زمان با اطلاع رسانی کتبی به LACDMH لغو کنم. می توانم از قسمت «لغو مجوز» در پایین این فرم استفاده کنم و برگه لغو را برای شخص زیر پست کنم یا به وی تحویل دهم:

نام سازمان

شخص مخاطب

شهر، ایالت کد پستی

آدرس:

همچنین می دانم که لغو این مجوز بر توانایی LACDMH یا هر ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی برای استفاده یا افشای اطلاعات بهداشتی به دلایل مرتبط با اتکای قبلی به این مجوز یا دیگر موارد مجاز در قانون تأثیری نخواهد داشت.

شرایط: اینجانب می دانم که می توانم از امضای این مجوز خودداری کنم، بدون اینکه چنین اقدامی بر توانایی من برای بهرماندی از درمان تأثیر بگذارد. با این حال، LACDMH می تواند ارائه درمان مرتبط با پژوهش را مشروط به اخذ مجوز استفاده یا افشای اطلاعات سلامت محافظت شده ای بداند که برای آن درمان مرتبط با پژوهش ایجاد شده است. (به عبارت دیگر، اگر این مجوز مربوط به پژوهشی باشد که شامل درمان است، شما از آن درمان برخوردار نخواهید شد مگر اینکه این فرم مجوز امضا شده باشد.)

اینجانب فرصت داشته ام تا محتوای این فرم مجوز را بررسی و درک کنم. با امضای این مجوز، تأیید می کنم که محتوای آن بازتاب دقیق خواسته های من است.

X

تاریخ

X

امضای مراجع/نماینده قانونی

اگر به امضای شخص دیگری غیر از مراجع رسیده است، نسبت و اختیارات را عنوان کنید:

X

لغو مجوز

نام مراجع

تاریخ

امضای مراجع/نماینده قانونی

اگر به امضای شخص دیگری غیر از مراجع رسیده است، نام را به طور خوانا (یا اگر انگلیسی است، با حروف بزرگ) بنویسید و نسبت و اختیارات را عنوان کنید

نسبت و اختیارات: