

اداره سلامت روان شهرستان لس آنجلس تغییر وضعیت اشتراک‌گذاری در تبادل اطلاعات بهداشتی (HIE)

تغییر وضعیت اشتراک‌گذاری در HIE		
لطفاً فقط در صورتی از این فرم استفاده کنید که مایل باشید وضعیت فعلی خود را تغییر دهید تا اشتراک‌گذاری در تبادل اطلاعات بهداشتی (HIE) با متخصصان بالینی که بر روی شما آزمایش یا درمان انجام می‌دهند، مجاز یا محدود شود. تاریخ لازم‌الاجرا شدن تغییر وضعیت: _____ (سال/روز/ماه) یکی از گزینه‌های زیر را انتخاب کنید: ☐ انصراف: من موافقت نمی‌کنم که اطلاعات بهداشتی شخصی من در تبادل اطلاعات بهداشتی (HIE) به اشتراک گذاشته شود. ☐ مشارکت: من اکنون موافقت می‌کنم که اطلاعات بهداشتی شخصی من در تبادل اطلاعات بهداشتی (HIE) به اشتراک گذاشته شود. این امر می‌تواند شامل اطلاعات بهداشتی مرتبطی باشد که پیش از تاریخ امروز ثبت شده است.		
تأییدیه و امضا		
امضای مراجع‌کننده*:	نام مراجع‌کننده:	تاریخ:
امضای بزرگسال مسئول**:	نسبت با مراجع‌کننده:	تاریخ:
امضای شاهد / مترجم***:	زبان ترجمه:	تاریخ:

*مراجع‌کننده خردسال: مراجع‌کننده خردسالی که با امضای خود خدمات دریافت می‌کند، باید فرم امضا شده «رضایت‌نامه خردسال» را در پرونده بالینی خود داشته باشد.

**بزرگسال مسئول: قیم، سرپرست قانونی یا ولی خردسال در مواردی که قانون ایجاب کند.

***شاهد/مترجم: شخصی که شاهد امضای فرم بوده است (اعم از کارکنان یا اشخاص دیگر) یا این فرم را برای مراجع‌کننده به زبان دیگری ترجمه شفاهی کرده است.

نام: _____ شماره شناسایی: _____ سازمان: _____ شماره ارائه‌دهنده: _____ شهرستان لس آنجلس – اداره سلامت روان	این اطلاعات محرمانه مطابق با قوانین و مقررات ایالتی و فدرال، از جمله اما نه محدود به قانون لازم‌الاجرای رفاه و مؤسسات، قانون مدنی و استانداردهای حریم خصوصی HIPAA، در اختیار شما قرار می‌گیرد. تکثیر این اطلاعات به‌منظور افشای بیشتر، بدون مجوز کتبی قبلی از مراجع‌کننده/نماینده مجاز شخص ذی‌نفع، ممنوع است؛ مگر آنکه قانون به‌گونه‌ای دیگر مجاز دانسته باشد. پس از تحقق هدف اعلام‌شده در درخواست اولیه، امحای این اطلاعات الزامی است.
---	--