

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

مجوز استفاده از اطلاعات سلامت یا افشای آنها

عدم ارائه کلیه اطلاعات می‌تواند منجر به لغو اعتبار این مجوز شود

مجوز مربوط به کپی سوابق پزشکی: ☐ کاغذی ☐ الکترونیک ☐ سایر: _____

اطلاعات بیمار

نام بیمار (نام کوچک، میانی، خانوادگی) (لطفاً با حروف بزرگ نوشته شود): _____

تاریخ تولد (MM/DD/YYYY): _____ تلفن: _____

آدرس پستی: _____

شهر: _____ ایالت: _____ زیپکد: _____

سوابق را می‌خواهید از چه کسی درخواست دهید؟

نام ارائه‌دهنده یا مرکز مراقبت‌های بهداشتی: _____

آدرس پستی: _____

شهر: _____ ایالت: _____ زیپکد: _____

تلفن: _____ فکس: _____

می‌خواهید سوابق به کجا ارسال شود؟ (توجه: فقط اطلاعاتی را می‌توانیم منتشر کنیم که شما اجازه دهید)

☐ اگر سوابق قرار است فقط به بیمار ارسال شود، این کادر را علامت بزنید. اقدام دیگری در این قسمت نیاز نیست.

نام ارائه‌دهنده یا مرکز مراقبت‌های بهداشتی: _____

آدرس پستی: _____

شهر: _____ ایالت: _____ زیپکد: _____

تلفن: _____ فکس: _____ ایمیل: _____

هدف از انتشار چیست؟

☐ حقوقی

☐ بیمه

☐ مراقبت مستمر

☐ سایر (لطفاً مشخص کنید): _____

☐ استفاده شخصی

ادامه دارد

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

مجوز استفاده از اطلاعات سلامت یا افشای آنها

عدم ارائه کلیه اطلاعات می‌تواند منجر به لغو اعتبار این مجوز شود

اطلاعات موردنظر برای انتشار

تاریخ‌های درمان:

☐ CD فیلم/عکس اشعه ایکس

☐ گزارش رادیولوژی

☐ پیشینه و گزارش فیزیکی

☐ گزارش‌های آزمایشگاهی

☐ گزارش عمل

☐ EKG/ECHO

☐ سوابق اورژانس

☐ گزارش مشاوره

☐ خلاصه ترخیص

☐ سوابق صورت‌حساب

☐ گزارش پاتولوژی

☐ سایر (لطفاً مشخص کنید):

☐ سوابق سرپایی/کلینیک - نام کلینیک/ارائه‌دهنده:

بهموجب قوانین ایالتی/فدرال، انتشار انواع اطلاعات زیر مستلزم مجوز خاص است:

☐ نتایج آزمایش HIV

☐ سوءمصرف الکل/مواد

☐ سلامت روان

☐ بهداشت باروری

☐ بیماری‌های مقاربتی

☐ اطلاعات آزمایش ژنتیک

☐ مراقبت تصدیق‌گرانه جنسیت

متوجه هستیم که سوابق بهداشت باروری من طبق قانون ایالتی تحت حفاظت است و امکان افشای آن بدون رضایت کتبی وجود ندارد، مگر اینکه در قوانین زیربیط به‌شکل دیگری مقرر شده باشد (CA Civ. §56.110, CA Health & Safety Code § 130290, CA AB 352).

برای یادداشت‌های روان‌درمانی به مجوز جداگانه ای نیاز است.

هزینه‌ها

بر اساس بخش‌های 1560-1567 California Evidence Code Section، هزینه‌هایی ممکن است برای کپی سوابق پزشکی اخذ شود.

دستورالعمل‌های تحویل

☐ سوابق مستقیماً برای شخص یا سازمان مشخص‌شده پست شود

☐ وقتی سوابق آماده تحویل است، با متقاضی تماس گرفته شود:

اینجانب به (لطفاً نام با حروف بزرگ نوشته شود) _____ اجازه می‌دهم کپی سوابق پزشکی من را تحویل بگیرد.

نسبت با بیمار (لطفاً با حروف بزرگ نوشته شود): _____

☐ My CS-Link™ (پورتال بیمار)

☐ ایمیل:

☐ سایر:



AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

مجوز استفاده از اطلاعات سلامت یا افشای آن‌ها

عدم ارائه کلیه اطلاعات می‌تواند منجر به لغو اعتبار این مجوز شود

اطلاعیه حقوق

اینجانب متوجه هستم که:

1. چنانچه از امضای این مجوز خودداری کنم، خودداری من تأثیری بر امکان دریافت درمان برایم نخواهد داشت.
2. اجازه دارم یک نسخه از اطلاعات سلامتی که مجوز استفاده یا افشای آن از من درخواست شده است را بازبینی یا دریافت کنم.
3. می‌توانم این مجوز را هر زمان که خواستم به‌صورت کتبی، با امضای خود یا فردی از جانب من و ارسال آن به نشانی زیر، لغو کنم:
Cedars-Sinai Medical Center, Health Information Department
Beverly Blvd., Room 2800 8700
Los Angeles, CA 90048
4. اگر این مجوز را لغو کنم، این لغو هیچ تأثیری بر هیچ یک از اقدامات صورت گرفته پیش از دریافت لغو نخواهد داشت.
5. من حق دارم یک نسخه از این مجوز را دریافت کنم.
6. اطلاعات افشاشده طبق این مجوز می‌تواند توسط گیرنده دوباره افشا شود و ممکن است دیگر تحت حفاظت قانون حفظ محرمانگی فدرال (HIPAA) قرار نگیرد. با این حال، به‌موجب قانون California، دریافت‌کننده اطلاعات سلامت من از افشای بیشتر آن منع می‌گردد، مگر اینکه مجوز دیگری برای چنین افشایی از من گرفته شود یا چنین افشایی مشخصاً طبق قانون الزامی یا مجاز باشد.
7. اگر این ☐ علامت زده شود، درخواست‌کننده بابت استفاده از اطلاعاتم یا افشای آن غرامت دریافت خواهد کرد.

تاریخ انقضا

بدون ابطال کتبی از طرف من، این مجوز به‌طور خودکار با رفع نیاز به افشای اطلاعات منقضی خواهد شد، اما در هر صورت 180 روز پس از تاریخ این سند منقضی خواهد شد، مگر اینکه به‌شکل دیگری مقرر شده باشد:

امضا (بیمار، وکالت‌نامه برای نمایندگی خدمات مراقبت‌های بهداشتی یا حقوقی)

نسبت با نماینده حقوقی

تاریخ (MM/DD/YYYY)