



**CEDARS-SINAI®**

**مرکز پزشکی سیدرز – سینای**

**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION**

**اجازه برای استفاده یا در میان گذاشتن اطلاعات بهداشتی**

تصور در ارائه اطلاعات می تواند این اجازه نامه را از اعتبار بپندازد

- اجازه برای: کپی های سابقه پزشکی  روی کاغذ  به صورت الکترونیک  نوع دیگر   
 بررسی و یا مرور سابقه پزشکی

<p>نام بیمار: _____ شماره سابقه پزشکی: _____          (نام خانوادگی) (نام)          تاریخ تولد: _____ شماره تلفن: _____          آدرس: _____          شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____</p>		اطلاعات بیمار	
<p>برای موارد زیر:</p> <p>ادامه مراقبت _____          بیمه _____          امور قانونی _____          استفاده شخصی _____          دیگری _____</p>	منظور	<p>من به سیدرز-سینای اجازه می دهم سوابق پزشکی را در اختیار شخص یا سازمان زیر قرار دهم:</p> <p>دادن اطلاعات به: <input type="checkbox"/>          درخواست از: <input type="checkbox"/>          شخص / سازمان: _____          آدرس: _____          شهر / ایالت / کد پستی: _____          تلفن: _____ فکس: _____</p>	دادن اطلاعات به درخواست از
<p>بر مبنای قسمت های 1560-1567 قانون مدرک کالیفرنیا، دریافت کپی های سابقه پزشکی می تواند هزینه ای در بر داشته باشد.</p>	توجه	<p>تاریخ های درمان: _____          تمامی سوابق _____          تاریخچه و گزارش پزشکی _____          سابقه اورژانس _____          سابقه صورتحساب _____          EKG/ECHO _____          گزارش رادیولوژی _____          فیلم ایکس ری / سی دی عکس ها _____          گزارش مشاوره _____          دیگری (لطفاً مشخص کنید) _____          سابقه معالجات سرپایی / کلینیک - نام کلینیک / ارائه دهنده خدمات: _____</p> <p>قوانین ایالتی / فدرال مقرر می دارد مقامات بخصوصی انواع اطلاعات زیر را به دیگران ارائه کنند.</p> <p>بهداشت روانی _____          اعتیاد به الکل / مواد مخدر _____          نتایج آزمایش HIV _____</p> <p>برای یادداشت های روان درمانی یک اجازه نامه جداگانه مورد نیاز است.</p>	اطلاعاتی که در مابین گذاشته می شود

Health Information Management Department  
 8700 Beverly Blvd., Room 2901, Los Angeles, CA 90048  
 ایمیل: GroupHIDInternetInquiries@cshs.org  
 فکس: 310-423-0113 • تلفن: 310-423-2259

<p>□ سوابق را مستقیماً برای شخص یا سازمان مشخص شده پست کنید</p> <p>□ هنگامی که سوابق برای تحویل گرفتن آماده است با درخواست کننده تماس بگیرید</p> <p>من به _____ اجازه می دهم کپی های سابقه پزشکی مرا دریافت کند.</p> <p>نسبت با بیمار: _____</p> <p>□ لینک CS من (دسترسی اینترنتی بیمار)</p> <p>□ ایمیل: _____</p> <p>□ دیگری: _____</p>	راهنمایی های تحویل
--	--------------------

<p>من درك مي كنم كه:</p> <p>1. اگر از امضای این اجازه نامه خودداری کنم، امتناع من بر توانایی ام برای دریافت معالجه تأثیر نخواهد گذاشت.</p> <p>2. من می توانم آن اطلاعات بهداشتی که از من خواسته می شود اجازه استفاده یا در میان گذاشتن آن را بدهم بررسی کنم یا یک کپی آن را دریافت کنم.</p> <p>3. من می توانم در هر زمان به صورت کتبی این اجازه لغو نمایم. <u>نامه مربوط به لغو اجازه باید توسط من یا از طرف من امضا شده و به آدرس زیر تحویل گردد.</u></p> <p><b>Cedars-Sinai Medical Center, Health Information Department, 8700 Beverly Blvd, Room 2901, Los Angeles, CA 90048</b></p> <p>4. اگر این اجازه را لغو نمایم، این لغو هیچگونه اثری بر هیچ اقدامی که قبل از دریافت تقاضای لغو انجام شده خواهد داشت.</p> <p>5. من حق دارم یک کپی این اجازه نامه را دریافت کنم.</p> <p>6. اطلاعات در میان گذاشته شده، بر اساس این اجازه نامه می تواند توسط گیرنده دوباره در میان گذاشته شود و ممکن است دیگر تحت حفاظت قانون فدرال موارد خصوصی و محرمانه (HIPAA) نباشد. گرچه قانون کالیفرنیا شخص دریافت کننده اطلاعات بهداشتی مرا از در میان گذاشتن بیشتر آن منع می کند مگر آنکه برای این در میان گذاشتن اجازه دیگری از من کسب شده باشد یا آنکه این در مابین گذاشتن مشخصاً توسط قانون مقرر شده یا مجاز شمرده شده باشد.</p> <p>7. اگر اینجا □ علامت گذاشته شود، درخواست کننده برای استفاده یا افشای اطلاعات من مبلغی را به عنوان دستمزد دریافت خواهد کرد.</p>	اطلاعات در مورد حقوق
<p>بدون لغو کتبی من، این اجازه نامه پس از برآورد نیاز مربوط به در میان گذاشتن اطلاعات بطور اتوماتیک منقضی خواهد شد، اما در هر صورت این اجازه 180 روز پس از تاریخی که در اینجا ذکر شده است، لغو می گردد، مگر آنکه به صورت دیگری مشخص شده باشد:</p> <p>_____</p>	انقضاء
<p>امضاء: _____ (بیمار، شخصی که برای تصمیم گیری های پزشکی وکالت دارد یا نماینده قانونی او)</p> <p>تاریخ: _____</p> <p>نسبت نماینده قانونی با بیمار: _____</p> <p>_____</p>	امضاء

**Health Information Management Department**

ایمیل: [GroupHIDInternetInquiries@cshs.org](mailto:GroupHIDInternetInquiries@cshs.org)

فکس: 310-423-0113 • تلفن: 310-423-2259