



اجازه انتشار اطلاعات محرمانه
(لطفاً هر دو صفحه این فرم را پر کنید)

نام خانوادگی مصرف کننده	نام	نام میانی	تاریخ تولد
نشانی خیابان	شهر	زیپ کد	شماره تلفن در ساعات روز
شماره تأمین اجتماعی	*(الزامی)		

من، درخواست می کنم که اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) من از:

نام ارائه دهنده خدمات بهداشتی	تلفن
نشانی خیابان	شماره فکس (در صورت اطلاع)
شهر/ایالت	زیپ کد

به نشانی زیر ارسال شود: ACBHD – QA Office
Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

اجازه می‌دهم PHI زیر از پرونده(های) پزشکی من منتشر شود:

- | | |
|--|---|
| ☐ اسلایدها/گزارش پاتولوژی | ☐ سوابق اورژانس |
| ☐ سوابق صورت حساب موردی | ☐ گزارش‌های آزمایشگاهی |
| ☐ خلاصه ترخیص | ☐ گزارش‌های رادیولوژی |
| ☐ تاریخچه و معاینات بدنی، مشاوره‌ها | ☐ سوابق واکسیناسیون |
| ☐ گزارش‌های جراحی | ☐ کل پرونده پزشکی |
| | (تمام صفحات) |
| | ☐ سایر: |

قوانین ایالتی و فدرال از اطلاعات زیر محافظت می‌کنند. اگر این اطلاعات شامل حال شما می‌شود، لطفاً مشخص کنید آیا مایل به انتشار/دریافت این اطلاعات هستید (تاریخ‌های مربوطه را به درستی ذکر کنید):

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| ☐ بله | ☐ خیر | سوابق سلامت روان |
| ☐ بله | ☐ خیر | سوابق روان‌درمانی |
| ☐ بله | ☐ خیر | آزمایش و نتایج HIV |
| ☐ بله | ☐ خیر | سوابق سوء مصرف الکل، مواد مخدر |
| | | یا سایر مواد |
| ☐ بله | ☐ خیر | سوابق ژنتیکی |

Release of Information QA Version (MH and SUD)

v. 07.17.25-Farsi_LP.docx

2000 Embarcadero Cove, Oakland, CA 94606, Suite 400 |
 Health.AlamedaCountyCA.gov/ACBHD | 1-510-567-8100
 (TTY: 1-510-533-5018)

دوره مراقبت‌های بهداشتی از: تاریخ(های) خاص: _____ تا _____
یا _____

☐ تمام دیدارها/ویزیت‌های گذشته، حال و آینده

هدف از درخواست اطلاعات: حل و فصل درخواست شکایت یا تجدیدنظر این رضایت‌نامه ممکن است توسط امضاکننده در هر زمان لغو شود، مگر در مواردی که اقداماتی براساس آن انجام شده باشد، و در غیر این صورت، شش (6) ماه پس از تاریخ رضایت‌نامه به پایان می‌رسد. امضاکننده می‌تواند این اجازه‌نامه را به صورت کتبی یا با اطلاع‌رسانی شفاهی به واحد کمک به مصرف‌کنندگان لغو کند.

تاریخ

امضای مشتری یا نماینده مجاز

نسبت با بیمار (در صورت وجود)

نام با حروف بزرگ

هرگونه افشای اطلاعات سوابق پزشکی توسط گیرنده(ها) ممنوع است، مگر زمانی که به صورت ضمنی در هدف افشا گنجانده شده باشد. ممنوعیت افشای مجدد اطلاعات محافظت‌شده SUD: قانون CFR 42 بخش 2 افشای غیرمجاز این سوابق را ممنوع می‌کند.

Release of Information QA Version (MH and SUD)

v. 07.17.25-Farsi_LP.docx

2000Embarcadero Cove, Oakland, CA 94606, Suite 400 |
Health.AlamedaCountyCA.gov/ACBHD | 1-510-567-8100
(TTY: 1-510-533-5018)