



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	شهر/ایالت
زیپ کد	شماره فکس (در صورت اطلاع)

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

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

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

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

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	☐ بله	☐ خیر

دوره مراقبت‌های بهداشتی از: تاریخ(های) خاص: _____ تا _____ یا ☐ تمام دیدارها/ویزیت‌های گذشته، حال و آینده

هدف از درخواست اطلاعات: حل‌وفصل 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 42 CFR بخش 2 افشای غیرمجاز این سوابق را ممنوع می‌کند.