

بخش 1: اطلاعات مشتری/بیمار		فقط برای استفاده اداری
نام خانوادگی مشتری/بیمار	نام مشتری/بیمار	# CERT
نام میانی	نام مشتری/بیمار	سایر نام‌های استفاده شده
(SSN ۴ رقم آخر)	تاریخ تولد	MRN (در صورتی که اطلاع دارید)
شهر	آدرس	ایالت
شماره تلفن با کد ناحیه	کدپستی	ایالت
بخش 2: من به آژانس مراقبت از سلامت شهرستان ORANGE اجازه افشای این اطلاعات به موارد زیر را می‌دهم:		
نام شخص یا سازمان		آدرس
تعیین کلی (فقط برای برنامه‌های CFR 42)		
شهر	ایالت	کدپستی
بخش 3: هدف این مجوز		
<input type="checkbox"/> درخواست بیمار <input type="checkbox"/> تداوم مراقبت/درمان پزشکی <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> قانونی <input type="checkbox"/> ناتوانی <input type="checkbox"/> سایر:		
بخش 4: اطلاعاتی که می‌توان افشا کرد (A این قسمت ضروری است. B-D در صورت ضروری و یا اگر در این مورد صدق میکند.)		
الف. فقط یک کادر را علامت بزنید: <input type="checkbox"/> PHI سابقه پزشکی <input type="checkbox"/> خلاصه PHI		
ب. کادرهای مناسب را برای نوع اطلاعاتی که می‌توانند افشا شوند، علامت بزنید:		
<input type="checkbox"/> نتایج آزمایشگاه/آزمایش	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> AMM/MSN/MSI
<input type="checkbox"/> سلامت مادران	<input type="checkbox"/> ریوی/سل	<input type="checkbox"/> فیلم‌های اشعه ایکس
<input type="checkbox"/> درمان STD	<input type="checkbox"/> مراقبت دندان‌پزشکی	<input type="checkbox"/> نتایج اشعه ایکس
سایر: <input type="checkbox"/>		
ج. حروف اول و محدوده زمانی سوابق شما که منتشر می‌شوند، برای استفاده یا انتشار انواع اطلاعات حساس سوابق ضروری هستند.		
سوابق مصرف الکل، موادمخدر یا سوء مصرف مواد**	تاریخ از:	تاریخ تا:
سلامت روان	تاریخ از:	تاریخ تا:
آزمایش و نتایج اچ‌آی‌وی/ایدز	تاریخ از:	تاریخ تا:
د. کلینیک (هایی) که در آنها درمان صورت گرفته است:		
برای مرور کلی شما		
<p>مطالب این فرم را مطالعه کرده‌ام. می‌دانم، موافقم و اجازه می‌دهم که طبق موارد مذکور، شهرستان Orange اطلاعات من را منتشر کند. همچنین می‌دانم که امضای این فرم داوطلبانه است و اگر این مجوز را امضا کنم، درمان، پرداخت یا واجد شرایط بودن برای مزایا تحت تأثیر قرار نخواهد گرفت. شما می‌توانید در هر مقطعی از زمان این مجوز را با نوشتن نامه و ارسال آن به سازمانی که سوابق را نگهداری می‌کند باطل کنید. این ابطال در مواردی که نگهدارنده سوابق بر اساس مجوز شما اقدام کرده باشد بی اثر می‌باشد. اطلاعاتی که به استناد این مجوز افشاء گردیده ممکن است توسط دریافت کننده آن افشاء شود و دیگر در چهارچوب قوانین فدرال هیپا (HIPAA) مورد محافظت نباشد. ممکن است بر اساس قوانین ایالتی و فدرال مربوطه دریافت کننده اطلاعات پیش از افشای مجدد اطلاعات ملزم به دریافت مجوز کتبی از شما باشد مگر در مواردی که چنین قوانینی این اجازه را بدهند. من اجازه داشتن یک کپی از این فرم را دارم. ممکن است هزینه‌هایی به درخواست‌های خاص اعمال شود. یک کپی از مجوز اصلی معتبر است. این مجوز پس از تکمیل این درخواست، منقضی می‌شود.</p>		
بخش 5: امضای مشتری/بیمار یا امضای نماینده قانونی تعیین شده/قیم		بخش 6: تاریخ
X		
نماینده قانونی (چاپ نام کامل)		رابطه قانونی با مشتری/بیمار
آدرس خیابان نماینده قانونی	شهر	ایالت
	کدپستی	
** اطلاعات مصرف الکل و سوء مصرف مواد		
<p>اطلاعات افشا شده به گیرنده، توسط قوانین محرمانگی فدرال محافظت (CFR 42 بخش 2) می‌شود. قوانین فدرال، مانع از افشای مجدد اطلاعات توسط گیرنده این اطلاعات می‌شود، مگر اینکه به صورت صریح توسط رضایت کتبی بیمار یا توسط CFR 42 بخش 2 این اجازه صادر شده باشد. یک مجوز کلی برای انتشار اطلاعات پزشکی و سایر اطلاعات برای این هدف کافی نیست. قوانین فدرال، هر گونه استفاده از اطلاعات برای بازرسی جنایی یا پیگرد قانونی بیمار الکلی یا با سوء مصرف مواد مخدر را محدود می‌کند. شما مطابق با §2.13(d) این حق را دارید که بنا به درخواست خود، فهرست نهادهایی را دریافت کنید که اطلاعات شما با تعیین کلی در این فرم رضایت، در اختیار آنها قرار می‌گیرد.</p>		
<p>لطفاً فرم تکمیل شده را برای پردازش به آدرس زیر ارسال کنید: HCA Custodian of Records • فاکس (714) 835-9312 • 200 W. Santa Ana Blvd. • Suite 180, Santa Ana, CA 92701 • تلفن (714) 834-3536 • وبسایت: COR@ochca.com • http://ochealthinfo.com/records</p>		