

فقط برای استفاده اداری		بخش 1: اطلاعات مشتری/بیمار	
# CERT		نام خانوادگی مشتری/بیمار	
نام میانی		نام مشتری/بیمار	
سایر نام‌های استفاده شده		تاریخ تولد	
ایمیل:		شماره تلفن با کد ناحیه	
MRN (در صورتی که اطلاع دارید)		SSN (رقم آخر 4)	
ادرس		شهر	
ایالت		کدپستی	
بخش 2: من به آژانس مراقبت از سلامت شهرستان ORANGE اجازه افشای این اطلاعات به موارد زیر را می‌دهم:			
<input type="checkbox"/> اگر با مورد بالا یکسان است، تیک بزنی			
نام شخص یا سازمان		ادرس	
تعیین کلی (فقط برای برنامه‌های CFR 42)			
شهر		ایالت	
کدپستی		شماره تلفن با کد ناحیه	
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 (مراحل 1، 3 و 4 ضروری هستند. مرحله 2 را در موارد خاص تکمیل کنید.)			
مرحله 1. فقط یک مورد انتخاب کنید: <input type="checkbox"/> سوابق پزشکی <input type="checkbox"/> خلاصه درمان			
مرحله 2. نوع سوابق موردنظر برای انتشار را انتخاب کنید:			
<input type="checkbox"/> سلامت خانواده <input type="checkbox"/> درمان STD <input type="checkbox"/> خدمات کودکان کالیفرنیا (CCS) <input type="checkbox"/> نتایج/فیلم‌های رادیولوژی <input type="checkbox"/> ریوی/سل <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> واکسیناسیون <input type="checkbox"/> AMM/MSN/MSI <input type="checkbox"/> مراقبت دندان <input type="checkbox"/> سایر:			
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 سوءمصرف مواد**		تاریخ از:	
تاریخ تا:		تاریخ تا:	
سلامت روان		تاریخ از:	
تاریخ تا:		تاریخ تا:	
آزمایش و نتایج اچ‌آی‌وی/ایدز		تاریخ از:	
تاریخ تا:		تاریخ تا:	
مرحله 3. کلینیک(های) دریافت خدمات:			
<input type="checkbox"/> الکترونیک <input type="checkbox"/> پست <input type="checkbox"/> حضوری			
مرحله 4. روش تحویل ترجیحی:			
برای مرور کلی شما			
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 دواطلبانه 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.			
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	
** اطلاعات مصرف الکل و سوءمصرف مواد			
CFR 42 بخش 2 از انتشار بدون کسب اجازه این سوابق ممانعت به عمل می‌آورد.			
لطفاً فرم تکمیل شده را برای پردازش به آدرس زیر ارسال کنید: 200 W. Santa Ana Blvd. • HCA Custodian of Records تلفن 834-3536 (714) • وبسایت: COR@ochca.com • http://ohealthinfo.com/records • Suite 180, Santa Ana, CA 92701			