

اجازه استفاده از اطلاعات حفاظت‌شده مربوط به سلامت و افشای آنها

کار «برنامه مراقبت‌های جامع فردی» این است که با اشتراک‌گذاری اطلاعات، هماهنگی لازم را جهت ارائه خدمات مراقبتی بین نهادهای عضو برقرار می‌کند و بدین ترتیب خروجی حوزه سلامت را بهبود می‌بخشد. دادن اجازه به نهادهای عضو WPC برای دسترسی به اطلاعات متعلق به شما و خدمات مراقبتی‌تان جزء الزامات ثبت نام در WPC است. برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص برنامه WPC، لطفاً به وبسایت روبرو مراجعه نمایید: [ochealthinfo.com/wpc](http://ochealthinfo.com/wpc)

<b>بخش 1: اطلاعات مشتری/بیمار</b>			
نام خانوادگی مشتری/بیمار	نام کوچک مشتری/بیمار	حرف اول نام میانی	تاریخ تولد
ایمیل	شماره شناسایی شرکت	شماره پرونده پزشکی	شماره تلفن با کد منطقه
آدرس	شهر	ایالت	زیپ کد
<b>بخش 2: نهادهای عضو که اقدام به افشای این اطلاعات خواهند کرد</b>			
برنامه مراقبت‌های جامع فردی		آدرس	
شهر	ایالت	زیپ کد	شماره تلفن با کد منطقه
سانتا آنا	کالیفرنیا	92701	(714) 834-5891
<b>بخش 3: نهادهای عضو که اقدام به دریافت این اطلاعات خواهند کرد</b>			
برنامه مراقبت‌های جامع فردی		آدرس	
شهر	ایالت	زیپ کد	شماره تلفن با کد منطقه
<b>بخش 4: هدف از ارائه این اجازه</b>			
هماهنگی خدمات مراقبتی بین نهادهای عضو برنامه مراقبت‌های جامع فردی			
<b>بخش 5: اطلاعات مجاز به انتشار (بخش 5B اختیاری است)</b>			
<b>A</b>	حداقل میزان اطلاعات جهت هماهنگ‌سازی خدمات مراقبتی بین نهادهای عضو برنامه مراقبت‌های جامع فردی		
<b>B</b>	اشتراک‌گذاری نتایج آزمایش‌های HIV/ایدز اختیاری است. اگر نسبت به اشتراک‌گذاری اطلاعات با نهادهای عضو WPC موافق هستید حروف اول نامتان را اینجا درج کنید. X_____		
<b>بخش 6: تاریخ اتمام اعتبار اجازه شما</b>			
تاریخ اتمام اعتبار این اجازه به شرح ذیل است، مگر اینکه کتبا به نحوی دیگر لغو گردد: زمان انصراف از برنامه WPC یا 2020/31/12 هرکدام زودتر رخ دهد			
<b>جهت بررسی شما</b>			
اینجانب مفاد این فرم را مطالعه کرده‌ام. اینجانب آگاهی، موافقت و اجازه خود را اعلام می‌نمایم مبنی بر اینکه برنامه مراقبت‌های جامع فردی (WPC) شهرستان اورنج اقدام به استفاده و انتشار اطلاعات من طبق موارد فوق‌الذکر خواهد کرد. همچنین مطلع هستم که امضا کردن این فرم داوطلبانه بوده و عدم امضای این اجازه تأثیری بر روند درمان، پرداخت‌ها و صلاحیت من برای دریافت حقوق و مزایا نخواهد داشت، به جز موارد مرتبط با شرکت در برنامه WPC. اینجانب حق دارم اجازه جاری را هر زمان که بخواهم کتبا با ارسال اطلاعاتی به مجری برنامه WPC لغو و باطل نمایم. ابطال این اجازه اثری روی موارد افشایی که برنامه WPC یا تکای به اجازه مذکور اقدام به آنها نموده است نخواهد گذاشت. اطلاعاتی که مابعد این مجوز افشا شده است ممکن است توسط گیرنده اطلاعات مجدداً افشا گردد و دیگر تحت حفاظت و نظارت قانون حریم خصوصی فدرال (HIPAA) نباشد. بنا به قوانین فدرال یا ایالتی ذیربط، ممکن است گیرنده ملزم به کسب اجازه کتبی شما برای افشای مجدد اطلاعات باشد، مگر اینکه طبق قوانین مذکور به شکلی مجاز شمرده شده باشد. اینجانب حق دریافت نسخه‌ای از این فرم را دارم. برای بعضی از درخواست‌ها ممکن است هزینه‌ای در نظر گرفته شود. کپی اصل برگه اجازه معتبر است.			
<b>بخش 7: امضا - شرکت‌کننده یا نماینده شخصی منتخب/قیم وی</b>			
X			
نماینده شخصی (نام کامل چاپی)		نسبت شخص با مشتری / بیمار (مثلاً مراقب، والد و غیره)	
آدرس سکونت نماینده شخصی	شهر	ایالت	زیپ کد

Disclosures pursuant to this authorization are allowable only among Whole Person Care participating entities  
All numbered items must be completed for authorization to be valid