|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| http://intranet/docs/qm/communications/logo/HCA_Hybrid_Rectangle-color.jpgاجازه استفاده و انتشار اطلاعات سلامت محافظت شده | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **فقط برای استفاده اداری** | | بخش **1**: اطلاعات مشتری/بیمار | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cert # | | نام خانوادگی مشتری/بیمار | | | | | | | | | | | | نام مشتری/بیمار | | | | | | | | | | نام میانی | | | | |
| سایر نام‌های استفاده شده | | | | تاریخ تولد | | | | | | | | | | | | | SSN)۴ رقم آخر) | | | | | | | MRN (در صورتی که اطلاع دارید) | | |
| ایمیل: | | | | | | | | | | | | | | شماره تلفن با کد ناحیه | | | | | | | | | | | | |
| آدرس | | | | | | | | | | | | | شهر | | | | | | | ایالت | | | | | کدپستی | |
| بخش **2**: من به آژانس مراقبت از سلامت شهرستان ORANGE اجازه افشایاین اطلاعات به موارد زیر را می‌دهم:  **اگر با مورد بالا یکسان است، تیک بزنید** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام شخص یا سازمان | | | | | | | | | | آدرس | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تعیین کلی *(فقط برای برنامه‌های 42 CFR)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| شهر | | | | | ایالت | | کدپستی | | | | شماره تلفن با کد ناحیه | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **بخش** 3: هدف این مجوز | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| درخواست بیمار | | | تداوم مراقبت/درمان پزشکی | | | | | | | | | بیمه | | | | | | | | قانونی | | | | | | | | ناتوانی |
| 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: | | | | | | سوابق پزشکی | | | | | | | | | | | | خلاصه درمان | | | | | | | | | | |
| مرحله 2. نوع سوابق موردنظر برای انتشار را انتخاب کنید: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| سلامت خانواده | | | | درمان STD | | | | | خدمات کودکان کالیفرنیا (CCS) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| نتایج/فیلم‌های رادیولوژی | | | | ریوی/سل | | | | | WIC | | | | | | | | | | | | | | واکسیناسیون | | | | | |
| AMM/MSN/MSI | | | | مراقبت دندانی | | | | | سایر: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ج.**  حروف اول ومحدوده 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:** | | | | | | | |
|  | **سلامت روان** | | | | | | | | | | | | **تاریخ از:** | | | | | | | | **تاریخ تا:** | | | | | | | |
|  | **آزمایش و نتایج اچ‌آی‌وی/ایدز** | | | | | | | | | | | | **تاریخ از:** | | | | | | | | **تاریخ تا:** | | | | | | | |
| مرحله 3. کلینیک‌(های) دریافت خدمات: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مرحله 4. روش تحویل ترجیحی: | | | | | | الکترونیک | | | | | | | | | | | پست | | | | | | | حضوری | | | | |
| 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 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 CFR 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: HCA Custodian of Records ● 200 W. Santa Ana Blvd.Suite 180, Santa Ana, CA 92701 ● تلفن (714) 834-3536 ● وب‌سایت: COR@ochca.com ● http://ochealthinfo.com/records | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |