

بخش 1: اطلاعات خدمات گیرنده/بیمار			
نام خدمات گیرنده /بیمار:		مجوز استفاده و انتشار اطلاعات سلامت محافظت شده توجه: جهت معتبر بودن مجوز، تکمیل تمامی بخش های شماره گذاری شده الزامی است	
سایر نام های استفاده شده:			
تاریخ تولد:	سوشال سکيوريتی (چهار رقم آخر):		
نشانی:			
شهر:	ایالت: کد پستی:		
بخش 2: سازمان مراقبت های بهداشتی می تواند این اطلاعات را برای شخص/ نهاد زیر افشا کند:			
نام شخص یا سازمان:		☐ شخص خدمات گیرنده/ همان که در بالا ذکر شد (در صورت یکسان بودن با اطلاعات فوق، این قسمت را خالی بگذارید)	
نشانی:			
شماره تلفن با کد ناحیه:			
روش تحویل ترجیحی: (فقط یک مورد را انتخاب کنید) ☐ پست ☐ تحویل حضوری ☐ نشانی ایمیل ☐			
بخش 3: هدف این مجوز			
☐ درخواست خدمات گیرنده/بیمار ☐ تداوم مراقبت/درمان پزشکی ☐ سایر موارد:			
بخش 4: اطلاعات که افشای آنها مجاز است			
فقط یک مورد را انتخاب کنید: ☐ سوابق پزشکی ☐ خلاصه درمان (نامه) ☐ کلینیک (ها)/مرکز ارائه دهنده خدمات:			
از تاریخ: _____ تا تاریخ: _____			
☐ بهداشت خانواده ☐ درمان بیماری های مقاربتی ☐ واکسیناسیون ها ☐ صدور صورتحساب ها			
☐ گزارش/فیلم های رادیولوژی ☐ بیماری ریوی/سل ☐ بهداشت کودکان ☐ خدمات کودکان کالیفرنیا (CCS)			
☐ برنامه ویژه کمک تغذیه ای برای زنان، نوزادان و کودکان (WIC) ☐ مراقبت دندانپزشکی ☐ سایر موارد:			
جهت افشای سوابق مربوط به انواع اطلاعات حساس زیر، درج حروف اختصاری نام و نام خانوادگی و همچنین بازه زمانی سوابق مورد نظر در کادرهای زرد رنگ ذیل، الزامی است :			
حروف اختصاری نام		سوابق سوء مصرف الکل و مواد مخدر **	
از تاریخ: _____ تا تاریخ: _____		** اطلاعات مصرف الکل و سوء مصرف مواد مخدر: بخش 2 از عنوان 42 مجموعه مقررات فدرال (42 CFR Part 2)، افشای بدون مجوز این سوابق را ممنوع اعلام کرده است	
حروف اختصاری نام		سوابق سلامت روان	
از تاریخ: _____ تا تاریخ: _____		آزمایش و نتایج HIV/ایدز	
حروف اختصاری نام		از تاریخ: _____ تا تاریخ: _____	
بخش 5: امضا و تاریخ خدمات گیرنده/بیمار			
مطالب این فرم را مطالعه کرده ام. اینجانب متوجه هستم، موافقت می نمایم و به کانتی اورنج اجازه می دهم تا اطلاعات اینجانب را طبق آنچه در بالا ذکر کرده ام، مورد استفاده و افشا قرار دهد. همچنین متوجه هستم که امضای این فرم کاملاً اختیاری است و چنانچه این مجوز را امضا نکنم، هیچگونه تأثیری بر روند درمان، پرداخت ها یا واجد شرایط بودن جهت دریافت مزایا نخواهد داشت. اینجانب از این حق برخوردارم که هر زمان بخواهم، این مجوز را به صورت کتبی و از طریق ارسال اخطاریه به مسئول بایگانی اسناد، لغو کنم. لغو مجوز، تأثیری بر افشای اطلاعاتی که متولی اسناد پیش از آن و با اتکا به این مجوز نسبت به آن ها اقدام نموده است، نخواهد داشت. اطلاعات تکمیلی در خصوص لغو مجوز را می توان در اطلاعاتیه شیوه های حفظ حریم خصوصی (Notice of Privacy Practices) یافت. اطلاعاتی که پیرو این مجوز افشا می شوند، ممکن است توسط گیرنده مجدداً			

افشا کردند و دیگر تحت حمایت قانون فدرال حفظ حریم خصوصی اطلاعات پزشکی (HIPAA) نباشند. قوانین نافذ ایالتی یا سایر قوانین فدرال ممکن است گیرنده را ملزم نمایند که پیش از افشای مجدد اطلاعات، مجوز کتبی شما را کسب کند، مگر اینکه در خود این قوانین به نحو دیگری مجاز شمرده شده باشد. من حق دارم یک کپی از این فرم را تحویل بگیرم. برخی درخواست‌های خاص ممکن است مشمول هزینه باشند. کپی مجوز اصلی معتبر است. این مجوز پس از تکمیل این درخواست، منقضی می‌شود.

تاریخ:

امضا:

نوشتن نام و نام خانوادگی با حروف خوانا:

* چنانچه خود خدمات‌گیرنده نباشد، نام کامل و امضای سرپرست، محافظ یا نماینده شخصی *

* باید مدرک صلاحیت قانونی را ارائه کند

لطفاً فرم تکمیل‌شده را برای پردازش به آدرس زیر ارسال کنید: COR@ochca.com

HCA Custodian of Records 200 W. Santa Ana Blvd. Suite 180, Santa Ana, CA 92701

تلفن: 714-834-3536 وبسایت: <http://ochealthinfo.com/records>